VII kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**
(NR 215)
z dnia 21 lipca 2015 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 215)

21 lipca 2015 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, **Czesława Hoca (PiS)** oraz **Macieja Orzechowskiego (PO)**, zastępców przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat kardiologii dziecięcej,

– informację na temat wykonywania oraz skutków stosowania ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w 3 lata od wejścia w życie.

W posiedzeniu udział wzięli: **Marian Zembala** minister zdrowia oraz **Igor Radziewicz-Winnicki** i **Cezary Cieślukowski** podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Tadeusz Jędrzejczyk** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marek Trosiński** wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Małgorzata Błaszczak** specjalista w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Grażyna Brzezińska-Rajszys** kierownik Pracowni Interwencji Sercowo-Naczyniowych Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, **Katarzyna Czyżewska** adwokat Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Wanda Fidelus-Ninkiewicz** dyrektor Biura Naczelnej Izby Lekarskiej ze współpracownikiem, **Marek Jeziorski** ekspert Pracodawców RP, **Anna Kobyłecka** członek Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą, **Grzegorz Kucharewicz** prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, **Joanna Lis** członek Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, **Jadwiga Moll** kierownik Kliniki Kardiologii w Instytucie – Centrum Zdrowia Matki Polki, **Leszek Borkowski** prezes Fundacji Razem w Chorobie, **Katarzyna Parafianowicz** wiceprezes Fundacji Serce Dziecka, **Bartosz Poliński** prezes zarządu oraz **Agata Polińska** wiceprezes zarządu Fundacji Onkologicznej Ludzi Młodych ALIVIA, **Paulina Skowrońska** dyrektor Biura Polskiej Izby Przemysłu Farmaceutycznego i Wyrobów Medycznych POLFARMED, **Elżbieta Socha** menedżer ds. komunikacji Polskiego Związku Producentów Leków Bez Recepty PASMI, **Jerzy Stańczyk** dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Łodzi, **Cezary Śledziewski** prezes zarządu Polskiego Związku Pracowników Przemysłu Farmaceutycznego ze współpracownikiem, **Marek Twardowski** wiceprezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” oraz **Bożena Werner** kierownik kliniki Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Witam serdecznie panie i panów posłów na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam pana ministra wraz ze współpracownikami. Witam także wszystkich zaproszonych gości. Cieszymy się bardzo, panie ministrze, z pana obecności na posiedzeniu Komisji, bo jest to taka sytuacja, że po raz pierwszy po pańskiej nominacji przyszedł pan na nasze posiedzenie. Myślę, że niezależnie od punktu merytorycznego, do którego pan się odniesie, nakreśli pan... Tego czasu zostało bardzo niewiele, bo do wyborów są raptem trzy miesiące, ale gdyby pan był uprzejmy nakreślić w parunastu zdaniach plan i swoje zamierzenia na ten okres, będziemy wdzięczni.

Szanowni państwo, dzisiejszy porządek obrad obejmuje dwa punkty. Pierwszy – rozpatrzenie informacji na temat wykonywania oraz skutków stosowania ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w trzy lata od wejścia w życie tej ustawy. Od razu przypominam, że jest

to temat, którym chcieliśmy się zająć, zgodnie z planem pracy Komisji, już w zeszłym roku. Niestety, wówczas – zresztą, wynikało to również zapisu w ustawie refundacyjnej, z art. 84, który przewiduje obligatoryjnie przedstawienie takiej informacji – w ubiegłym roku ministerstwo odmówiło nam przekazania materiałów w tej sprawie. Ponownie odmówiono nam po interwencji Marszałka Sejmu. Dobrze więc, że z tym ponad półrocznym opóźnieniem, czy ¾ roku później, będziemy o tym rozmawiać. Drugim punktem jest rozpatrzenie informacji na temat kardiologii dziecięcej.

Jednocześnie jestem winien państwu informację. Na sali plenarnej jest przyspieszenie – za chwilę się rozpocznie, lub już się rozpoczęło, procedowanie ustawy o zdrowiu publicznym. Zaznaczam, że poprzez mój Klub zgłaszałem, kiedy był wstępnie przygotowany porządek obrad, że jest kolizja terminu, bo nawet gdyby debata na temat ustawy o zdrowiu publicznym była o godzinie 17.30, to i tak byłaby w środku posiedzenia Komisji. Z powodów mi nie znanych nie dokonano zmiany godzin, dlatego mamy taki dyskomfort, że dwa ważne punkty medyczne są rozpatrywane jednocześnie. Tyle z mojej strony. Bardzo proszę, pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, panowie ministrowie, Wysoka Komisjo, chciałbym zgłosić wniosek formalny o zmianę w porządku obrad Komisji, żeby temat dotyczący kardiologii dziecięcej był rozpatrywany jako pierwszy. To prośba ze strony pana ministra, który jest na posiedzeniu Komisji Zdrowia, a który zapewne – jak wnosił pan przewodniczący – odniesie się krótko do swojego planu działań na najbliższe miesiące i przedstawi interesujący nas wszystkich problem kardiologii dziecięcej. Następnie powrócilibyśmy do tematu z pierwotnego planu, a więc informacji dotyczącej ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Tak, jak powiedział przewodniczący, część członków Komisji będzie związana pracami w pierwszym czytaniu projektu ustawy dotyczącej zdrowia publicznego – sztandarowego projektu ostatnich miesięcy, prezentowanego przez panią minister Beatę Małecką-Liberę – które odbywa się na sali plenarnej. Nałożyły się te tematy. A ponieważ jeden z punktów został wycofany przez Prezydium i, niestety, nie można było tutaj ogłosić dłuższej przerwy, oba te punkty będą prowadzone w tym samym czasie i zapewne z tego powodu część członków Komisji będzie najpierw obecna tutaj, a potem na posiedzeniu plenarnym.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Hoc, bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. W takim razie, będę mieć pytanie do pana ministra, bo – jak mniemam – głos pana przewodniczącego sugeruje nam, że po pierwszej części opuści pan posiedzenie sejmowej Komisji Zdrowia. Dla mnie – jeśli tak będzie – jest to bardzo dziwne, dlatego że po pierwsze kardiologia jest oczywiście bardzo ważna, ale to jest tylko wycinek dziedziny. Natomiast – przypomnę i podkreślę szczególnie – na poprzednim posiedzeniu Komisji, kiedy mówiliśmy o 70 mld zł w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, to nie było nie tylko pana ministra, ale nawet przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Jest to więc dziwne, że nie interesuje pana ministra 70 mld zł w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Całe szczęście, że przyszedł pan minister na posiedzenie dotyczące kardiologii – bo jest to oczywiście bardzo ważna dziedzina – ale, w takim razie, jestem w pewnej konfuzji, bo pan minister opowie nam tylko o kardiologii dziecięcej – temat bardzo interesujący i nas absorbujący – a my byśmy chcieli, żeby pan minister uczestniczył w rozmowie o bardzo istotnej sprawie, jaką jest plan NFZ na rok 2016, w tym refundacja leków.

Minister zdrowia Marian Zembala:

Panie przewodniczący...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Zaraz udzielę głosu panu ministrowi. Czy zgłasza się jeszcze ktoś z pań i panów posłów? Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, bardzo mnie zmartwiło, że pana ministra nie będzie, gdyż mamy w Sejmie bardzo dużo trudnych spraw i bardzo nieodpowiedzialne zachowania niektórych pana zastępców, i o tym także chcieliśmy porozmawiać, dlatego że ma to istotne znaczenie dla jakości procesu legislacyjnego, który tu się toczy w sposób nieprawidłowy. W tej sprawie zwrócę się do pani marszałek, ale chciałabym, żeby także pan minister zechciał wysłuchać, co posłowie mają do powiedzenia na temat tego, w jaki sposób ministerstwo traktuje proces legislacyjny. Jak zamiast ustawy, którą ma ocenić i zrecenzować, przynosi na posiedzenie 89 stron poprawek do ustawy, która liczyła pierwotnie 59 stron.

Jeśli nawet jest jakaś wada w regulaminie Sejmu, to takie postępowanie jest absolutnie niedopuszczalne, a pana przedstawiciel w tej Komisji obraża nie tylko mnie – bo z tym mogę się pogodzić, ostatecznie jestem posłem – ale i przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej. Takie sprawy są niedopuszczalne. O tym także chcemy z panem ministrem porozmawiać w tej Izbie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Oddam panu ministrowi głos w celu wyjaśnienia kwestii dalszej nieobecności, jednak, panie ministrze, powiem tak. Oczywiście rozmawialiśmy przed posiedzeniem Komisji i wiem, z czego wynika ta prośba zamiany kolejności. Niemniej jednak ponawiam prośbę o takie skorygowanie dzisiejszego kalendarza pana pracy, żeby niezależnie od obecności pana ministra Radziewicza-Winnickiego, który – jak rozumiem – zajmuje się zagadnieniem refundacji, był pan na posiedzeniu Komisji. To jest niezwykle... Panie ministrze, powiem tak. Pozwolę sobie podzielić się swoim doświadczeniem już wieloletniego parlamentarzysty... Już oddaję panu głos. Jest kilka bardzo ważnych posiedzeń Komisji w ciągu roku. Plan Narodowego Funduszu Zdrowia niewątpliwie do takich tematów należy. Ustawa refundacyjna, w przypadku której to sprawozdanie jest zapisane w ustawie. Nie ma już później obligatoryjnego obowiązku przedstawiania tego sprawozdania co roku. Natomiast ten jeden raz, w dwa lata po wejściu w życie ustawy, jest taki obowiązek.

Jest wiele różnych środowisk, które pewnie chciałyby posłuchać opinii nie tylko wiceministra, ale również pana ministra w tej sprawie, ewentualnie zgłosić się ze swoimi postulatami i wyjaśnić – bo jest to doskonała okazja – dlaczego niektóre leki nie są refundowane, mimo że w Polsce leki są refundowane. Zatem namawiam i proszę o taką korektę. Bardzo proszę, oddaję panu głos.

Minister zdrowia Marian Zembala:

Szanowni państwo, powiem szczerze, że nie przywykłem jeszcze do takiego języka z tej sali, być może z czasem się przyzwyczaję, chociaż nie będzie mi łatwo. W związku z tym, chciałbym powiedzieć tak. Przyszedłem tutaj nie dlatego, że wybrałem tę dziedzinę, tylko dlatego, że po telefonie, kiedy było omawiane zagadnienie kardiologii dziecięcej – przecież jeszcze miesiąc temu nie byłem ministrem – prof. Maruszewski, który jest odpowiedzialny za kardiochirurgię dziecięcą, powiedział, że nie może być obecny. Trudno omawiać kardiologię dziecięcą bez kardiochirurga dziecięcego, i stąd moja obecność. Nie było żadnych innych podtekstów, innych uwag. I proszę przyjąć to dosłownie. W związku z tym, żeby nie było spiskowej teorii dziejów, będę się dzisiaj przysłuchiwać. Zmienię plan, żeby się przysłuchiwać. Dlatego, bardzo proszę – jestem ministrem zdrowia – żeby w miejscach, w których jestem, dominowało przesłanie pokojowe, spokojne i rozważne. Chciałbym, żeby państwo z moją osobą kojarzyli takie przesłanie. O to proszę. Jeżeli ktoś przyjmuje to jako zapowiedź mojego myślenia i działania, dziękuję. Dlaczego? Dwa krótkie wyjaśnienia.

Po pierwsze, jestem zwolennikiem tego – tak, jak panowie posłowie – że nie wszędzie... Panie i panowie posłowie, naturalnie. Przepraszam, że nie wszędzie może być pełna reprezentacja Sejmu, Senatu, a poszczególne kompetentne osoby zajmują się danym zagadnieniem. Jest to naturalne. Nikt z nas nie zna się na wszystkim. Mówię o tym także w odniesieniu do moich współpracowników – ministrów, dyrektorów departamentów i osób, które za dane obszary odpowiadają i stają tu przed państwem, aby

dać świadectwo tego, co robią. To druga uwaga. I proszę nie doszukiwać się podtekstów politycznych, zwłaszcza, że mówimy o środowisku medycznym.

Trzecia sprawa. Może zacznę... Ja nie miałem w planie prezentowania mojego expose, ale...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeżeli mogę, panie ministrze...

Minister zdrowia Marian Zembala:

...chciałbym zapytać, ile czasu mi pan da...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

W tej sprawie, kiedy przyjmiemy porządek obrad, oddam panu głos. Myślałem, że to jest uwaga do porządku obrad. Bardzo dziękuję za tę deklarację, że pan minister zmieni plany i będzie na posiedzeniu Komisji.

W takim razie, mam pytanie. Czy ktoś z pań i panów posłów jest przeciwny przyjęciu porządku obrad w zmienionej kolejności, że najpierw rozpatrzymy temat kardiologii, a następnie ustawy refundacyjnej? Nie widzę zgłoszeń. W związku z tym, przyjęliśmy porządek w takiej kolejności.

Przechodzimy teraz do realizacji punktu pierwszego, czyli rozpatrzenia informacji na temat kardiologii dziecięcej. Jeżeli przy tej okazji pan minister, oprócz odniesienia się do punktu merytorycznego, zechciałby powiedzieć paręnaście zdań o swoich zamierzeniach – nie chodzi o bardzo rozległe opowieści, tylko o krótkie przedstawienie swoich planów – to jest to właściwy moment. Uprzejmie proszę, panie ministrze.

Minister zdrowia Marian Zembala:

W tej sali będę słuchać. Wobec tego, kiedy skończą wypowiedzi koledzy kardiolodzy dziecięcy, to ja odniosę się do tego, skomentuję. Proszę mi pozwolić, niech będzie normalny tok. Proszę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To znaczy, jest dokument przedstawiony przez ministerstwo, dotyczący informacji na temat kardiologii dziecięcej. W takim razie, prosiłbym, żeby pan minister wyznaczył, kto w imieniu rządu przedstawi ten dokument. Bardzo proszę.

Minister zdrowia Marian Zembala:

Dobrze. Pan minister Cieślukowski, proszę. A ja to skomentuję, jeśli państwo tak uznają, jako wciąż kardiochirurg, nie minister, bo to będzie właściwsze. Proszę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Cezary Cieślukowski:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, wszyscy szanowni goście, otrzymali państwo materiał opracowany przez Departament Matki i Dziecka we współpracy z konsultantem krajowym i ośrodkami wiodącymi w kraju, realizującymi zadania z zakresu kardiologii dziecięcej, a także Państwowym Zakładem Higieny, oparty na danych statystycznych, który opisuje w sposób szczegółowy tło zachorowalności na choroby kardiologiczne dzieci oraz zasoby i działania Ministerstwa Zdrowia, których używamy do zapobiegania i leczenia chorób kardiologicznych dzieci.

Dwa zdania na temat tła. Jak wynika z danych statystycznych, rocznie w Polsce rodzi się od kilku lat około 370 tys. dzieci. W roku ubiegłym było to 376 tys. urodzeń żywych. Obecnie dzieci stanowią około 20% populacji naszego kraju, a ich liczba wynosi ponad 7,8 mln.

Do pozytywów, jakie obserwujemy w zakresie opieki nad dziećmi, czy stanu zdrowia dzieci, należy stały spadek umieralności dzieci, szczególnie niemowląt. W tym zakresie dorównujemy już wskaźnikom najwyżej rozwiniętych krajów europejskich. Można dodać, że w ostatnich latach rocznie umiera, niestety, około 5,5 tys. niemowląt, z czego część na choroby niedokrwienne serca, w tym zawały i niewydolność serca, aczkolwiek jest to niewielka liczba, bo dotyczy grupy 80-120 dzieci w ostatnich latach.

Jeżeli chodzi o występowanie przypadków chorób przewlekłych, to w ponad siedmiomilionowej populacji dzieci co piąte dziecko choruje na jakąś chorobę przewlekłą. Wśród tych chorób dostrzegane i opisane są choroby wad rozwojowych układu krążenia. W ostatnich latach – mam dane za 2013 r. – zarejestrowano liczbę zachorowań przekraczającą 33 tys. przypadków. Wprawdzie w ogóle w populacji, która choruje, czy choruje na choroby przewlekłe, jest to niewielki odsetek, bo tylko 2,1%, ale jest zauważalny. W grupie dzieci, które cierpią na choroby związane z wadami serca, około 3,5 tys. rocznie rodzi się z wrodzonymi wadami serca. Duża część z nich – około 30% – wymaga natychmiastowego leczenia w pierwszych dniach życia, a pozostałe wymagają leczenie wieloetapowego. Te procedury wykonywane są przede wszystkim w pierwszym roku życia.

Jeżeli chodzi o zasoby, którymi dysponuje nasz kraj, a które używane są do leczenia chorób serca w kardiologii dziecięcej, przede wszystkim należy wspomnieć o lekarzach. Według stanu obecnego, kardiologów dziecięcych jest 119. Specjalizację kardiologii dziecięcej uzyskują lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Specjalizacja ta od roku 2009 była uznana za dziedzinę priorytetową. Kolejne rozporządzenie Ministra Zdrowia szykowane obecnie w tej sprawie zakłada, że będzie ona włączona do wykazu dziedzin priorytetowych.

Jeżeli chodzi o rozłożenie oddziałów kardiologii dziecięcej, to trzeba wspomnieć, że niestety, w niektórych województwach oddziałów kardiologii dziecięcej jeszcze nie mamy. Mam na myśli województwo lubuskie czy opolskie. Jeżeli chodzi o liczbę poradni kardiologii dziecięcej, to oczywiście jest ona pochodną liczby lekarzy kardiologów dziecięcych. Kształtuje się ona bardzo różnie – od jednej przychodni do 22 w województwie mazowieckim. Liczba kardiologów – jak wspomniałem – 119, rozkłada się również nieproporcjonalnie do wielkości populacji w województwach – od 27 w województwie mazowieckim, do zera w województwie lubuskim. W kilku województwach rzeczywiście mamy po jednym lub dwóch kardiologów specjalistów.

Wprawdzie powoli, ale rośnie baza związana z obsługą chorób kardiologii dziecięcej. Mam na myśli ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i szpitale. Liczba przychodni ambulatoryjnych powoli wzrasta. Obecnie na terenie kraju dysonujemy 22 oddziałami szpitalnymi. Jeżeli chodzi o liczbę udzielanych porad, to zgodnie z informacją z Narodowego Funduszu Zdrowia, porad z zakresu specjalistycznej kardiologii dziecięcej udzielono w roku ubiegłym prawie 330 tys. Natomiast, jeżeli chodzi o koszty, wyniosły one ponad 25 mln zł, a świadczeń z zakresu lecznictwa zamkniętego udzielono ponad 16,7 tys. na ogólną wartość prawie 99 mln zł.

Jeżeli chodzi o dostępność do świadczeń lecznictwa specjalistycznego ambulatoryjnego i lecznictwa szpitalnego, to wyróżniamy czas oczekiwania w przypadkach stabilnych i w przypadkach pilnych. Czas oczekiwania średnio w Polsce wynosi w przypadkach pilnych 24 dni, w przypadkach stabilnych 77. Natomiast w szpitalach – tych szpitali mamy niewiele – w przypadkach stabilnych czas oczekiwania w pięciu szpitalach wynosi zero, a w pięciu, w zależności od szpitala, nawet ponad 100 dni. W przypadkach pilnych w dziewięciu szpitalach czas oczekiwania wynosi zero, a w pojedynczych przypadkach wystąpić mogą dłuższe okresy oczekiwania.

Najważniejsze problemy do rozwiązania w kardiologii dziecięcej – pan minister na pewno zechce to skomentować. W ramach polityki rządu w zakresie rozbudowy kardiologii dziecięcej należy uznać za najważniejsze: zwiększenie liczby kardiologów dziecięcych; wprowadzenie systemu referencyjności ośrodków kardiologii; zapewnienie stałego systemu wymiany lub uzupełniania aparatury diagnostycznej; zwiększenie dostępu do nieinwazyjnych badań obrazowych; zwiększenie dostępu do niechirurgicznych metod leczenia wad wrodzonych serca, w tym rozwój metod hybrydowych; rozwój ośrodków leczenia zaburzeń rytmu serca u dzieci; zwiększenie dostępu do opieki specjalistycznej w zakresie kardiologii dziecięcej; stopniowe wprowadzanie telemedycyny do kardiologii dziecięcej. Pojawiają się również oczekiwania, szczególnie ze strony rodziców, odnośnie do objęcia dzieci i rodziców specjalnym systemem wsparcia psychologicznego dla pacjentów z wadami serca, a także rehabilitacji kardiologicznej dzieci. Ponadto można dodać informację dotyczącą oczekiwań związanych z rozwojem specjalizacji węższej niż kardio-

logia dziecięca, a mianowicie, kardiologia dziecięca inwazyjna. Myślę jednak, że będzie to rozwinięte przez najbardziej kompetentnych gości na naszym spotkaniu.

Jeżeli chodzi o zaplecze naukowe, to należy wspomnieć, że w naszym kraju finansowane są badania naukowe dotyczące kardiologii dziecięcej. Szczególnie należy wymienić wdrażany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju program STRATEGMED. Jesteśmy właśnie w trakcie trzeciego konkursu, który w swoim zakresie ma również obszar kardiologii i kardiochirurgii, w tym kardiologii i kardiochirurgii dziecięcej. Środki przeznaczane na ten konkurs to 115 mln zł. Oczekujemy również na projekt z zakresu kardiologii dziecięcej.

Istotnym wyzwaniem i dla resortu, i dla całego systemu ochrony zdrowia, będzie udział w programie Horyzont 2020, w którym, w nowym okresie programowania, do dyspozycji wszystkich krajów Wspólnoty Europejskiej postawiono kwotę prawie 7,5 mld euro, co oczywiście będzie wymagać od Polski odpowiedniej aktywności.

Panie przewodniczący, tyle tytułem wprowadzenia do dzisiejszej dyskusji. Oczywiście, przede wszystkim pan minister, pan profesor, ale i my jako cały zespół jesteśmy do państwa dyspozycji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Czy pan minister chciałby coś uzupełnić na tym etapie? To znaczy, kogo by pan chciał wyznaczyć, panie ministrze... Panie ministrze, zwracam się do pana, dlatego że inna forma byłaby niedopuszczalna i niegrzeczna. Pan jest reprezentantem rządu, dokument przedstawili państwo jako ministerstwo, i pominięcie pana w pierwszej kolejności byłoby co najmniej niegrzeczne z mojej strony...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Panie pośle, bardzo to cenię...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Zwracam się więc do pana, bo pan może wyznaczać osoby do zabrania głosu. Zależy to od pana, i z pana rekomendacji.

Minister zdrowia Marian Zembala:

Dobrze. Bardzo dziękuję za kolejny przywilej. Pozwolą państwo, że do tej dyskusji zaproszę obecnego konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii dziecięcej, profesora Białkowskiego. Chciałbym, żeby wprowadził państwa w sytuację polskiej kardiologii dziecięcej z jego perspektywy. A później głosy polskich ekspertów. Są tu: pani prof. Moll z Centrum Zdrowia Matki Polski, pani prof. Grażyna Brzezińska – lider Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, pan prof. Hoffman, który powie nam o bardzo interesującej grupie wrodzonych wad dorosłych...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To, po kolei będziemy udzielać głosu. Proszę o krótkie wypowiedzi, jeżeli tych osób miałoby być kilka. Najpierw pan profesor, jak rozumiem. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii dziecięcej Jacek Białkowski:

Nazywam się Jacek Białkowski. Ja bardzo króciutko. Kardiologia dziecięca była specjalizacją priorytetową. Przestała nią być, kiedy odebrano ten przywilej kardiologii dorosłych. Zupełnie inna jest sytuacja kardiologii dziecięcej i kardiologii dorosłych. To jest pierwsza podstawowa sprawa.

Z wystąpienia pana ministra wynika, że to jest stosunkowo niewielki problem wysokospecjalistyczny. My mamy działalność służebną wobec kardiochirurgii, diagnostyczną, a także leczniczą, czyli nieoperacyjne, bardzo nowoczesne leczenie, które obejmuje 55% leczonych pacjentów. To jest bardzo ważne, dlatego że lekarzy, którzy wykonują w kraju te zabiegi interwencyjne, jest dziewięciu, i nie ma następców. Z panią prof. Brzezińską jesteśmy tu reprezentantami... Jak widać, przepraszam, jesteśmy bardzo młodzi. Tak to wygląda. Boimy się, że nasza specjalność, która osiągnęła naprawdę bardzo dobry, europejski poziom – pani prof. Brzezińska była szefem Grupy Kardiologii Interwencyjnej w Europejskim Towarzystwie Kardiologii Dziecięcej, a ja przez cztery lata pełniłem taką samą funkcję w Łacińskim Towarzystwie Kardiologicznym – po prostu zniknie.

Dlatego zwracam się z apelem do państwa, aby naprawdę niewielkim kosztem – bo prosimy o możliwość kształcenia dziesięciu lekarzy na rok... To jest kwota, która zamknie się... Bo to jest zwiększenie kwoty na rezydenta...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Panie przewodniczący, jeżeli można, bo wyraził pan zgodę na moderowanie...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę, panie ministrze...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Chcę powiedzieć, że sprawa jest już załatwiona. To znaczy, decyzja o uznaniu kardiologii dziecięcej jako specjalizacji deficytowej jest znana. Pan prof. Białkowski również o tym wie. Ja jestem ministrem miesiąc, więc tę sprawę mamy załatwioną. Jest uznana jako deficytowa, priorytetowa, w związku z tym, ten problem jest już za nami. Nie trzeba nikogo prosić, tylko skorzystać z tych przywilejów.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Dziękuję. Dlatego, być może, inna kolejność byłaby właściwsza, ale niech państwo eksperci kontynuują wypowiedzi. Czy pan profesor chciałby jeszcze coś dopowiedzieć?

Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii dziecięcej Jacek Białkowski:

Przekażę głos pani prof. Brzezińskiej z Warszawy, żeby swoje...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani profesor, proszę uprzejmie.

Kierownik Pracowni Interwencji Sercowo-Naczyniowych Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie Grażyna Brzezińska-Rajszys:

Nazywam się Grażyna Brzezińska-Rajszys. W tej chwili odpowiadam za Klinikę Kardiologii w Centrum Zdrowia Dziecka. Mogę potwierdzić, że jest to najbardziej aktywny ośrodek kardiologii dziecięcej i kardiochirurgii dziecięcej w Polsce. Muszę potwierdzić to, co powiedział mój przedmówca, że jeśli chodzi o zabezpieczenie kadrowe profesjonalnej opieki nad tą bardzo specjalną grupą pacjentów, u jakich nie ma możliwości wprowadzenia żadnej profilaktyki, w odróżnieniu od problemów kardiologicznych pacjentów dorosłych, którzy rodzą się zawsze i będą się rodzić w tym samym odsetku, w jakim rodzą się na całym świecie, w związku z tym, ta populacja jest w Polsce stała...

Wyzwania w stosunku do nich są ogromne, bo są to wyzwania zarówno diagnostyczne, jak i terapeutyczne. W przypadku tej grupy pacjentów, jej wielkość, którą mają państwo podaną – około 3,5 tys. noworodków, które rodzą się z wadami serca – nie oznacza tego samego co załatwienie 3,5 tys. terapii, czyli operacji przezskórnych lub zabiegów operacyjnych, ponieważ dzięki temu, że mamy diagnostykę prenatalną, że jest nieprawdopodobny rozwój zarówno technologiczny, jak i profesjonalny w sensie znajomości rzeczy, takich dodatkowych specjalności jak kardiochirurgia, czy możliwości obrazowania, jesteśmy w stanie w sposób wieloetapowy leczyć wady, które kiedyś, jeszcze nie tak dawno, w ogóle nie były leczone.

Mamy kolosalne zobowiązania wobec tych pacjentów – zobowiązania profesjonale – i dlatego musimy kształcić ludzi, bo różnica między grupą tych, którzy mają specjalizację z kardiologii – mówię o różnicy wiekowej – a tych, którzy są w tej chwili młodymi ludźmi, przed którymi jest wieloletni proces kształcenia, jest groźna dla zabezpieczenia profesjonalnej opieki dla tych dzieci, a również dla ludzi dorosłych. Niestety, nie jest bowiem do końca prawdą to, że pacjent, który jest leczony w okresie dzieciństwa, w okresie dorosłym nie wymaga opieki. On wielokrotnie wymaga bardzo specjalistycznej opieki dorosłych, i to zarówno, jeżeli chodzi o diagnostykę, jak i o terapię, liczbę operacje itd.

Jednym zdaniem, polecam uwadze państwa tych pacjentów, bo my jesteśmy związani z tym zawodowo całe nasze życie. Wszyscy, którzy tu jesteśmy – koledzy ze wszystkich najlepszych ośrodków w Polsce – przyjechaliśmy tu specjalnie, żeby przekonać państwa, że to jest problem, który dotyczy pewnej populacji od noworodka do dorosłości, w przypadku której nie mamy wpływu na to, żeby ona się zmniejszyła lub zmieniła.

I to, co robimy na początku, zaczynając od okresu prenatalnego, musimy kontynuować do końca. Do tego potrzebne jest nam zabezpieczenie profesjonalistów i oczywiście wszystko to, co jest związane z aparaturą itd., ale – jak myślę – nie na tym forum powinniśmy to rozważać... Na tym? Jeżeli na tym, to jest rzeczą oczywistą, że nasze działania są uzależnione od dostępu do aparatury, jednorazowego sprzętu, którego używamy do terapii. To jest wynik tego, że w ośrodkach wysokiej klasy referencyjności – bo tak mamy to w Polsce ustawione – pacjenci muszą mieć zabezpieczenie zarówno prostych metod diagnostycznych, jak echokardiografia, jak i bardziej współczesnych metod obrazowych, jak tomografia komputerowa najwyższej klasy, po to, żeby zmniejszyć dawkę promieniowania u tych dzieci, bo jeżeli one wielokrotnie muszą mieć powtarzane badania, to dawka promieniowania zaczyna się kumulować.

Musimy zwracać uwagę na pewne subtelności, które w dzisiejszych czasach nas obowiązują jako standardowe, jeśli chodzi o leczenie tych pacjentów. Musimy więc mieć dostęp do rezonansów magnetycznych, czyli, musimy mieć niezwykle specjalistyczne zaplecze aparaturowe, tylko ono musi być wykorzystywane przez ludzi, którzy wiedzą, do czego to służy. Sama aparatura – w moim odczuciu – nie do końca załatwia sprawę. Zatem, powiązanie tego wszystkiego ze sobą jest niezbędne. A to, że poziom naszej kardiologii dziecięcej jest bardzo wysoki... Patrząc z poziomu Towarzystwa Europejskiego, w którym działam od wielu lat, jest imponujący, bo to wszystko czego dokonaliśmy, zrobiliśmy właśnie w tym gronie, między innymi tych osób, które tu są, całe życie dedykując tej dziedzinie, która jest fascynująca, dobrze by więc było, żeby nie umarła. A boimy się, że obecne przejście pokoleniowe jest bardzo niebezpieczne. Myślę, że to tyle...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Jeżeli można...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, oczywiście będzie pan mógł zabrać głos w każdym momencie, tylko...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Ja chciałbym, jeżeli można...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Może lepiej, panie ministrze...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Jeśli państwo pozwolą, chciałbym, żeby jeszcze moi współpracownicy – jest tu pani prof. Moll, lider Centrum Zdrowia Matki Polki – powiedzieli państwu posłom, dlaczego w Polsce rodzi się więcej dzieci z ciężkimi, złożonymi, wrodzonymi wadami serca. Proszę to skonstatować jako rzecz ważną.

Druga uwaga dotyczy tego, co zrobiono, w odniesieniu do szpitali, które nazywamy flagowymi, najważniejszymi szpitalami pediatrycznymi w Polsce – Centrum Zdrowia Matki Polki i Centrum Zdrowia Dziecka – które traciły rentowność z powodów, o których państwo słyszeli, ale są niezbędne. Podjęliśmy już konkretne działania restrukturyzujące. Tego nigdy nie było w historii, i daj Boże, oby tak dalej. Do tych dwóch sztandarowych szpitali dołączyliśmy trzeci – Instytut Matki i Dziecka przy ul. Kasprzaka w Warszawie. Ulegną ona znaczącej restrukturyzacji w taki sposób, że pójdą one dalej. Bez nich trudno sobie wyobrazić polską pediatrię.

Chciałbym, żeby pani prof. Moll powiedziała, czemu w Polsce – bo to jest bardzo ważne z punktu widzenia naszych obyczajów, religii, przekonań religijnych – rodzi się więcej dzieci, które w warunkach krajów zachodnich nie rodziłyby się. Prosiłbym teraz o ten komentarz, a potem jeszcze pana prezesa-elekta, profesora Hoffmana, który zwrócił uwagę na nasz wspólny problem. Otóż, dziecko, które rodzi się z wadą – w Polsce jest ich więcej – dojrzewa dzięki kardiologom i kardiochirurgom, potem się rozwija tworząc pewną dodatkową grupę. Na koniec mogę tylko powiedzieć – bo już chyba nadużyłem czasu – że jeśli chodzi o przeszczepy u dzieci, za które czuję się współodpowiedzialny, i dzieci z mechanicznym wspomaganiem komór, ten wskaźnik, łącznie z przeżywaniem, mamy lepszy niż w kraju znacznie od nas bogatszym. Myślę o sąsiedzie po prawej stro-

nie. W związku z tym – mówię to już jako nie minister, tylko czynny kardiochirurg – chcę oddać głos pani prof. Moll.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie ministrze, może uporządkujemy tę dyskusję...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Ona jest uporządkowana pod względem merytorycznym...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie ministrze, może zrobimy tak, bo zaraz będzie otwarta dyskusja, będzie wiele pytań ze strony posłów, a potem ze strony zaproszonych gości...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Po to jesteśmy tu panie pośle...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Tak. Myślę też, że potem będą inne pytania, bo trudno, żeby ministrowie odpowiadali na pytania zadane przez pana ministra. Na posiedzeniu Komisji chodzi o to, żebyśmy odpowiadali przede wszystkim na pytania posłów...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Panie pośle, jesteśmy do dyspozycji...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Oczywiście, panie i panowie profesorowie będą mieć głos, natomiast myślę, że chyba otworzymy dyskusję i zaczniemy dyskutować, a potem będziecie mogli wiele powiedzieć. Chyba że pan profesor chce koniecznie, żeby teraz powiedzieli...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Chciałbym, bo to są liderzy polskiej kardiologii...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Tak, ale potem profesorowie będą odpowiadać na nasze pytania, a będzie tych pytań wiele, ale, proszę bardzo. Pani prof. Moll.

Kierownik Kliniki Kardiologii w Instytucie – Centrum Zdrowia Matki Polki Jadwiga Moll:

Dzień dobry państwu. Jadwiga Moll. Jestem kierownikiem Kliniki Kardiologii w Instytucie – Centrum Zdrowia Matki Polki, gdzie mamy wyjątkowy układ. Mianowicie, jest to połączenie szpitala ginekologiczno-położniczego i szpitala pediatrycznego.

Proszę państwa, według statystyk, częstość występowania wad wrodzonych serca jest wszędzie taka sama. To znaczy, liczba płodów, które mają wady serca, jest podobna. Jeżeli chodzi o urodzenia, to obserwujemy – proszę zauważyć – że około 1%, czyli do 10 na 1000 żywych noworodków, to są dzieci, które rodzą się z wrodzonymi wadami serca – ogólnie, nie mówię o ciężkości wady. Natomiast, jeżeli chodzi o liczbę płodów, które mają wady serca, jest ich 2-3 razy więcej. Dlaczego jednak w Polsce rodzi się więcej tych dzieci w porównaniu z innymi krajami? Jest to związane z wieloma sytuacjami. Jest to oczywiście sprawa obyczajowości i religii. Jest to sprawa kobiet. Jeżeli ujęlibyśmy to statystycznie, to mniej więcej na 100 kobiet, u których stwierdza się ciężką wrodzoną wadę serca, 85-90% kontynuuje i rodzi dzieci, natomiast w krajach takich, jak Holandia, Francja, 20% tych kobiet będzie rodzić dzieci z wrodzonymi wadami serca, a 80 tych dzieci się nie urodzi. W związku z tym, Polska jest krajem trochę podobnym do Ameryki – do Stanów Zjednoczonych – gdzie te dzieci się rodzą. Te dzieci najczęściej nie mają innych wrodzonych wad. W związku z tym, rodzą się i na zewnątrz rodzice widzą zdrowe dziecko. A my, w tej chwili, stojąc na takim stanowisku i możliwości leczenia, takie leczenie tym dzieciom oferujemy.

Chcę jeszcze państwu powiedzieć, że kardiologia dorosłych i kardiologia dzieci, to jakby dwa zupełnie inne... Zajmują się sercem, układem krążenia, ale to jest zupełnie inny problem. W tej chwili te dzieci, jak bardzo słusznie powiedziała pani prof. Brzezińska – nie chcę przedłużać – poprzez wieloetapowe leczenie osiągają wiek młodzieńczy,

wiek dorosły, ale cały czas stanowią problem. Natomiast, my oferujemy naprawdę najlepszą pomoc, jak możemy, i w związku z tym te dzieci są bardzo sprawne, często w dobrym stanie, nie tylko sercowym, ale też jeśli chodzi o szkołę, układ nerwowy. Bo przecież chodzi o to, żeby pacjent którego leczymy, był dobrym obywatelem w sensie zdrowotnym, a i później – wykształcenie, jakość życia. Na to wszystko składa się ogromny wysiłek całej rzeszy lekarzy.

Pozwalam więc sobie jeszcze raz podkreślić, że staramy się, aby naszych pacjentów, których już mamy od okresu prenatalnego, jak najlepiej leczyć, żeby w przyszłości mieli jak najmniej różnego rodzaju problemów, chociaż takich problemów jest dużo. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Pan prof. Hoffman. Bardzo proszę.

Prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Piotr Hoffman:

Dzień dobry państwu. Postaram się krótko wypowiedzieć, żeby nie ograniczać dyskusji. Jestem tutaj jako prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, żeby wesprzeć moich kolegów kardiologów dziecięcych, z którymi współpracuję od lat, ale także jako kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca u dorosłych Instytutu Kardiologii w Warszawie. Podkreślam, u dorosłych, bo jest to ogromny problem, w Polsce do tej pory niedoceniany. Mianowicie, jest to problem tych dzieci, które dorastają, które były operowane w przeszłości, które nigdy nie są zdrowe. Kardiochirurdzy i kardiolodzy pomagają przeżyć, wydłużają przeżycie tych chorych i zwiększają jakość życia, natomiast na przestrzeni lat rozwijają się problemy.

My do leczenia tych pacjentów nie jesteśmy w zasadzie przygotowani. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego mówią o tym, że ośrodek dla dorosłych z wrodzoną wadą serca powinien obsługiwać od 4 do 8 mln populacji. W naszych warunkach jest od 4 do 8 ośrodków. Takiego ośrodka, który spełniałby te kryteria europejskie, to znaczy, że byłby nie tylko kardiolog, kardiochirurg, ale także psycholog, anestezjolog itd., w Polsce nie ma. Problemy narastają, dlatego że tych pacjentów – jak się szacuje – jest 100 tys. To nie jest mała grupa chorych. Ta grupa jest populacyjnie coraz bardziej istotna. Jest to grupa droga dla płatnika, dlatego że wymaga wielu procedur, wielu leków, bardzo często przewlekłego leczenia i specjalistycznej obsługi zarówno diagnostycznej, jak i terapeutycznej.

Kończąc, chcę powiedzieć, że odczuwamy brak kardiologów dziecięcych, ponieważ nadal mamy pacjentów dorosłych, u których wada wrodzona serca nie została rozpoznana w dzieciństwie. Miesiąc temu pomagaliśmy 80-latkowi z wadą serca, która powinna być jednak wcześniej rozpoznana niż w sędziwym wieku. To nie zdarza się często, ale powinno nie zdarzać się w ogóle. Natomiast, my także potrzebujemy kardiologów dziecięcych do pomocy w prowadzeniu pacjentów dorosłych. Przede wszystkim, chodzi o edukację. Ta edukacja jest wspólna, i kilka kursów rocznie tej sprawy nie załatwi. Dziękuję państwu.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Przepraszam, panie profesorze, bo chyba źle usłyszeliśmy – 80-latek z wrodzoną wadą serca. Czy tak?

Prezes-elekt PTK Piotr Hoffman:

Tak. Nie chcę tutaj opowiadać o kazuistyce, ale chciałbym posłużyć się przykładem, żeby państwa zainteresować problemem. Problem sam w sobie jest niezwykle ciekawy, i myślę, że zasługuje na oddzielną dyskusję, dlatego że...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Oczywiście. Dziękuję bardzo. Myślałem, że się przesłyszeliśmy...

Prezes-elekt PTK Piotr Hoffman:

Nie. To zdarzyło się u nas. Myślę, że w innych ośrodkach mamy 70-latków. Powstaje nowy termin dotyczący pacjentów po sześćdziesiątym roku życia, leczonych z powodu

wrodzonej wady serca. Uważa się, że w roku 2030, w Europie będzie 7-procentowa populacja wszystkich pacjentów z wrodzoną wadą serca. Są to pacjenci...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Jak wszyscy dowiemy się o tym, to zniknie kardiochirurgia dziecięca, bo po co leczyć, skoro można do 80. roku życia przeżyć. Oczywiście, ja tylko żartuję.

Myślę, panie profesorze, że otworzymy dyskusję, a potem pan profesor, ewentualnie ze współpracownikami, do wszystkich pytań się odniesie. Dobrze? Otwieram oficjalnie dyskusję. Bardzo proszę. Zgłosiła się pani poseł Anna Zalewska.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Dziękuję bardzo. Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni goście, ja rzeczywiście mam kilka pytań odnośnie do materiału przygotowanego przez Ministerstwo Zdrowia, ale też, żeby uprzejmościom, które zaproponował pan minister, stało się zadość, chcę tylko przypomnieć, że parlament jest organem stanowiącym, ministerstwo wykonawczym, a komisje sejmowe są jednocześnie organem kontrolnym, który czuwa nad wykonywaniem określonych obowiązków. I wolałabym, żeby to jednak pan przewodniczący prowadził posiedzenie Komisji, a nie pan minister. To, żeby uprzejmościom stało się zadość i żebyśmy mogli przystąpić do meritum.

Jeżeli chodzi o przedstawioną informację, mam kilka pytań, dlatego że bardzo trudno jest weryfikować te informacje, bo w różnych punktach jest różne odniesienie czasowe. I nie wiem, z czego to wynika, bo sprawozdanie nie dotyczyło określonego czasu. Spodziewaliśmy się zbiorczej informacji z ostatnich lat, natomiast, na przykład, jest taka informacja -„Zgony dzieci w latach 2012-2011 w podziale na wiek i przyczynę zgonu, z uwzględnieniem chorób układu krążenia". W porządku, pod warunkiem, że będzie rok 2013 i rok 2014. Wtedy rzeczywiście możemy dokonywać spójnej analizy tej informacji. Tym bardziej, że w formie opisowej też nie jest wyjaśnione, z czego wynika taki okres do zaprezentowania informacji Komisji Zdrowia.

Jednocześnie brakuje w tym materiale takiego sformułowania – oczywiście, jest to sprawozdanie, ale państwo sugerują, co należałoby zrobić – na str. 26, gdzie mówimy o kolejkach dzieci... Przepraszam to nie jest str. 26, tylko str. 27, 28 i 29. Oczekiwałabym od pana ministra informacji, co zrobić, żeby wyeliminować te kolejki, bo wtedy moglibyśmy wspólnie szukać rozwiązań. Jednocześnie, na str. 32 jest informacja, czy punkty wyszczególniające najważniejsze problemy do rozwiązania w kardiologii dziecięcej. Myślę, że Komisja Zdrowia z grubsza się orientuje, jakiego rodzaju problemy występują, natomiast, w tym materiale brakuje informacji o tym, jak i kiedy. Jeżeli czytamy „zwiększenie liczby kardiologów dziecięcych poprzez uznanie..." itd. – a tu wybrzmiewał głos pana profesora konsultanta – to chcielibyśmy nie tyko usłyszeć, że sprawa jest zamknięta, ale i jak jest zamknięta. To znaczy, ile jest decyzji dotyczących rezydentów, w jakich województwach, ile to będzie kosztować, jak to jest zabezpieczone w budżecie, między innymi, Narodowego Funduszu Zdrowia, a także szpitali, bo za część pensji ubezpieczenie płacą szpitale – partycypują w utrzymaniu rezydentów.

Czy, na przykład, „wprowadzenie systemu referencyjności ośrodków kardiologii dziecięcej i opracowanie systemu finansowania leczenia dostosowanego do tego systemu". To ja oczekuję informacji, kiedy. Za rok, za dwa, za trzy, albo że na dniach, plus, oczywiście, określone informacje dotyczące odpowiednich aktów prawnych, które te kwestie by zabezpieczały.

Na str. 32 czytamy – i tu mamy konsekwencje, bo od roku 2010 do roku 2014 mamy informacje o tym, jak wydatkowano środki z Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego... Mamy oczywiście informacje, jak wydatkowane są środki, ale prosiłabym o uzupełnienie informacji dotyczących dofinansowania Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" i Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie. Jest mowa o doposażeniu trzech sal hybrydowych. Czy to już zabezpieczy potrzeby tych szpitali?

Odnośnie do roku 2015 czytamy: „Zaplanowana na realizację zadań z zakresu kardiologii dziecięcej kwota to 1.650.000 zł. Konkurs ofert – w trakcie". Może się mylę, ale jest już połowa lipca. W związku tym, chciałabym wiedzieć, kiedy przetargi zostaną

rozstrzygnięte, na jakim są etapie, na jaką kwotę zostały rozpisane i oczywiście, na jakie potrzeby.

Jeszcze informacje, których udzielał pan minister, jak również wybitni profesorowie. Chciałabym o kilka spraw zapytać. Rzeczywiście powszechną wiedzą...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Pani poseł, jeżeli można...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Nie, przepraszam, ale dokończę...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie ministrze, nie ma takiej metody...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Dobrze.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Panie ministrze, bardzo proszę, ja dokończę, bo to są pytania. Myślę, że rozpoczynamy dyskusję. Chciałabym zapytać o stan aparatury na oddziałach kardiologii dziecięcej, o dostępność, i o to, jakie są mniej więcej braki, i na jaką kwotę. Co należałoby zrobić, żeby uzupełnić stan tej aparatury?

Kolejne pytanie, wynikające z kolejnych wypowiedzi. Oczywiście, oprócz już wcześniejszego pytania o rezydentów, pytanie o wykwalifikowaną kadrę, która współpracuje z wybitnymi kardiologami i obsługuje, między innymi, sprzęt. Pytam, dlatego że bardzo mnie zaniepokoiło to, co pan minister powiedział w dalszej kolejności. Otóż, mówi pan o sukcesie restrukturyzacji w poszczególnych szpitalach. Chcę zapytać, na czym ta restrukturyzacja polegała, jaki to jest zysk i jaka gwarancja na funkcjonowanie w przyszłości tych szpitali.

I ostatnie już pytanie. Myślę, że to też jest powód do dyskusji. Zainspirowała mnie wypowiedź pani kierownik z Centrum Zdrowia Matki Polki. Chcę zapytać o sytuację finansową, dlatego że już wiemy, iż spodziewana jest jakaś pożyczka na specjalnych warunkach. Jaka to jest pożyczka, i na ile ona przyda się w sytuacji finansowej oddziałów kardiologii dziecięcej? Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Zgłaszała się pani poseł Bożena Sławiak. Czy tak?

Poseł Bożena Sławiak (PO):

Zgłaszałam się w innej sprawie, ale...

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

To bardzo proszę.

Poseł Bożena Sławiak (PO):

Chcę podziękować panu ministrowi, że przyjął taki system, że są tu eksperci, którzy na co dzień zajmują się sprawami kardiologii dziecięcej, bo oni jako fachowcy najlepiej to wiedzą i wypowiadają się tutaj, jakie są potrzeby kardiologii. Chyba bardzo dobrze, że pan minister opiera się nie tylko na pracownikach ministerstwa, ale również na specjalistach, fachowcach, którzy najlepiej i na co dzień znają te problemy. Za to chciałam podziękować serdecznie. Myślę, że to nowa formuła, ale bardzo dobra, więc serdecznie dziękuję.

Chciałabym tylko zapytać, bo martwi mnie – pochodzę z województwa lubuskiego – że, jeśli chodzi o kardiologię, jest tu, niestety, najgorzej. Czy będą podjęte jakieś działania w tym kierunku, żeby zmienić ten stan? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani prof. Józefa Hrynkiewicz, bardzo proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, ostatnio usiłowaliśmy znaleźć pomoc dla dziecka, które od lekarza pierwszego kontaktu otrzymało skierowanie do kar-

diologa dziecięcego. Okazało się, że zapisy – to było w maju – są już na następny rok. Rodzice nie wiedzą, czy dziecko wymaga opieki pilnej czy przewlekłej, czy jest stabilne, czy niestabilne. Chciałabym więc pana ministra zapytać o tych rodziców, którzy w bardzo trudnych warunkach zdecydowali się na to, żeby mieć dzieci, i mają dzieci. W Polsce, jak wynika ze statystyk, co czwarte-piąte dziecko jest przewlekle chore. W tym także są dzieci, które chorują na serce. Kiedy ta troska, to nieszczęście rodziców, które ich spotyka w postaci choroby dziecka, będą od nich oddalone? I te wszystkie dane, które tu państwo podają, że ze spisów, z tego, jak byli skreśleni czy zapisani w kolejce, wynika, że te dni – 130, 90, 70 – te wszystkie dane są nieprawdziwe, bo bardzo wielu rodziców nie zapisuje się, Bo można się zapisać...

Na przykład, w Centrum Zdrowia Dziecka, któremu z całą pewnością, pani profesor i panie profesorze, zawdzięczamy zdrowie bardzo wielu dzieci i naprawdę wspaniałą opiekę – to jest oczywiste – po prostu nie zapisują. Mówią – po Nowym Roku. Proszę więc konkretnie nam odpowiedzieć, kiedy te oddziały dziecięce, pediatryczne, będą właściwie finansowane. Kiedy będzie dość miejsc na to, żeby specjalizowali się młodzi lekarze, bo jeszcze pani profesor i pan profesor mogą wykształcić młodych lekarzy i stworzyć warunki do leczenia? Kiedy, i w jakim tempie będzie to zrealizowane? I co konkretnie pan minister w tej sprawie zrobił już w ciągu miesiąca, i zrobi w najbliższych miesiącach? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Olendzka, bardzo proszę.

Poseł Halina Olendzka (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni goście, szanowni państwo profesorowie...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, troszkę bliżej mikrofonu, bardzo proszę.

Poseł Halina Olendzka (PiS):

Dla mnie, lekarza pediatry, chirurga dziecięcego, przerażająca jest ta informacja, że jest dziewięciu kardiologów inwazyjnych, interweniujących w nagłych przypadkach. Patrzę na statystyki, które zostały nam przekazane w materiale, na swoje województwo świętokrzyskie: liczba oddziałów kardiologii dziecięcej – 3, liczba poradni kardiologicznych – 4, liczba kardiologów – 1, ale na tej samej stronie jest napisane, że w województwie świętokrzyskim i lubuskim jest zero kardiologów dziecięcych. To się rozjeżdża, ale nie w tym problem, bo być może jest tu jakiś błąd.

Pytanie moje jest tego rodzaju. Czy brak jest lekarzy, którzy chcą się specjalizować w kardiochirurgii i w kardiologii, czy też brak rezydentur? Może pan minister zechciałby na ten temat kilka słów powiedzieć, i państwo też. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Hoc, proszę bardzo.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, ja też będę miał kilka pytań. Natomiast, podzielę się taką ogólną konstatacją. Po pierwsze, to dobrze – i rzeczywiście tak jest – że mamy wysokiej klasy profesjonalistów w dziedzinie kardiologii dziecięcej. Dobrze, że mamy również bardzo profesjonalne ośrodki. Pan minister wymienił trzy z nich. Natomiast, patrząc na państwa sprawozdanie, nie wiem, panie ministrze – a odnoszę takie wrażenie – czy to wszystko ogarniacie, koordynujecie, po prostu, czy leci z wami pilot. A dlaczego?

Po pierwsze, mówią państwo o liczbie oddziałów kardiologii dziecięcej. O zachodniopomorskim nie ma informacji. O opolskim nie ma informacji. Czyli, tak naprawdę, nie wiecie, czy jest oddział kardiologii dziecięcej, czy nie. Zatem, nie koordynujecie tego. Nie nadzorujecie, nie panujecie nad tym.

Dalej. Odnośnie do poradniach kardiologii dziecięcej nie macie informacji o województwie zachodniopomorskim, śląskim i pomorskim. Czyli, praktycznie nie wiecie, czy jest

tam poradnia kardiologii dziecięcej, czy nie. Oczywiście, na pewno jest, ale tego nie wiecie.

Dalej – liczba kardiologów dziecięcych. Tu ewenement totalny, całkowita dezynwoltura. Lubuskie – zero kardiologów dziecięcych, ale w lubelskim 12 kardiologów dziecięcych. Czy ktoś panuje nad tym, czy nie? Czy to znaczy, że dobrze, że w lubuskim jest zero kardiologów dziecięcych, a w lubelskim 12? Czy to jest zasadne? A jeśli tak, to dlaczego tam jest tylu, a tu zero. Czy lubuskie nie zasłużyło na to? Czy są jakieś specjalne epidemiologiczne względy, aspekty tego? Trzeba to wyjaśniać.

Dalej – piszą państwo na str. 23: „Czas oczekiwania na przyjęcie planowego pacjenta do poradni kardiologicznej w niektórych poradniach terenowych sięga nawet do kilku miesięcy". Proszę sobie wyobrazić dziecko z wadą serca, czy chorujące albo z podejrzeniem wady serca, które ma kilka miesięcy czekać do kardiologa dziecięcego. Podejrzewam, że w lubuskim w ogóle się nie dostanie, bo nie ma kardiologa dziecięcego, a więc do innego województwa... Jeśli jest takie sprawozdanie, to mam prawo sądzić, że jest totalne lekceważenie, czy takie podejście, że bez względu na to, kto gdzie jest, to jest dobrze, a jeśli nawet nie ma informacji, to też jest dobrze. Czyli, nie wystarczy mieć wysokiej klasy profesjonalistów, wysokiej klasy ośrodków. Trzeba to wszystko koordynować, nadzorować i analizować. Takiej analizy nie ma. Czy pan minister ma zamiar dokonać tej analizy, czy ma zamiar to koordynować, czy ma działać na zasadzie propagandowych haseł, że jest bardzo dobrze? A rzeczywiście, sukcesy są, i trzeba to dostrzegać, tylko trzeba je w jakiś sposób kompletować, koordynować i analizować.

I jeszcze jedno pytanie, panie ministrze, trochę oboczne, ale bardzo istotne, jeśli chodzi o profilaktykę dzieci z wadami serca i sczepienia wirusa RS. Czy pan minister zna problem? Czy w ogóle jest problem? Ponoć jest 300 dzieci, które mają wady serca i przed operacją są wskazania, by one były ujęte w programie profilaktyki zakażeń wirusa RS. To może tylko tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani poseł Kłosin, bardzo proszę.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, korzystając z okazji, że dzisiaj omawiamy zagadnienie kardiologii dziecięcej, chciałabym zapytać o problem kompleksowości usług kardiologicznych, to znaczy, łączenia kardiologii inwazyjnej z kardiologią nieinwazyjną. Jest tutaj wielu ekspertów w dziedzinie kardiologii, w tym również pan minister, chciałabym więc zapytać, jakie jest stanowisko pana ministra. Chodzi o ten trend, który dzisiaj obserwujemy, że wiele firm-właścicieli szpitali, wiele samorządów dąży w tej chwili do tego, żeby połączyć poradnię kardiologiczną, kardiologię nieinwazyjną z kardiologią inwazyjną czy kardiochirurgią.

Chciałabym też odnieść się do tych danych statystycznych. Nie rozumiem – o to pytali już poprzednio posłowie – dlaczego konsultant wojewódzki podaje, że nie ma danych dotyczących istniejących poradni. Ja jestem z województwa pomorskiego i mogę powiedzieć, że w naszym województwie są co najmniej trzy poradnie kardiologiczne w podmiotach publicznych. To są: Szpital Copernicus w Gdańsku, UCK, Szpital Dziecięcy „Polanki". Są też ze dwa podmioty prywatne, które mają lekarzy kardiologów. Nie rozumiem więc tego, dlaczego państwo w tych danych podają, odnośnie do województwa pomorskiego, że brak jest danych. Można je znaleźć choćby w internecie. Nie zgadza się też liczba oddziałów kardiologii dziecięcej, bo jest tu tylko jeden, a wiem, że są co najmniej trzy.

I sprawa... Wiem, że Szpital Copernicus miał w pewnym momencie problem z kontraktowaniem. Może więc pytanie do pana prezesa NFZ. Mają świetną kardiochirurgię dziecięcą, mają świetnych lekarzy – pan dr Haponiuk jest naprawdę bardzo dobrym lekarzem – natomiast nie mieli oddziału kardiologii. Był problem wynikający właśnie z braku tej kompleksowości. Z tego wynika moje pytanie – czy każdy szpital powinien świadczyć te usługi kardiologiczne w tak zwanym pakiecie, to znaczy, i jedna, i druga kardiologia, czy może to być osobno? Jakie w tej chwili są trendy światowe, jeśli chodzi o kardiologię w ogóle? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani poseł Skowrońska, proszę.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Rozumiem, że poza tym, że rozmawiamy tu o sprawach niezwykle ważnych, część z państwa posłów, albo wszyscy, w jakiś sposób uprawiamy politykę. Chciałabym poprosić, żebyśmy od tego odeszli.

Pana ministra uprzejmie poprosiłabym zatem o poinformowanie, jaki jest kierunek w kardiologii dziecięcej – bo to jest tematem dzisiejszej informacji – i przesłanie, jak ma się to zmieniać. A wiem, że w tej dyskusji każdy z państwa posłów, w każdym, nawet najlepszym materiale, może się doszukać dziury. I chcę poprosić państwa posłów, którzy próbują ten materiał skrytykować – i pana ministra również proszę – żeby państwo zajęli się jedną z podstawowych rzeczy, które dzieją się na Podkarpaciu, gdzie pana przewodniczącego kolega klubowy sprawuje władzę jako organ założycielski, i gdzie w szpitalu powiatowym nie ma oddziału pediatrii – zamknięto oddział pediatrii... Nie, pani poseł. To do pani poseł Hrynkiewicz, bo to jest jej oddział, i jej koledzy, w Kolbuszowej... Tego oczekuję, że od swoich kolegów państwo wyegzekwują, bo dzisiaj, kiedy minister kieruje tą dyskusją w taki sposób, jaki uważa za stosowny, to państwo mają bardzo wiele uwag. A ja z wielkim zainteresowaniem taką uwagę... To pan starosta w Kolbuszowej powinien sobie zapewnić pediatrów, tak jak państwo mówią i rzucają kłody pod nogi ministrowi Zembali. Mam taką wielką prośbę, żeby panu ministrowi umożliwić wypowiedź, aż powie – zakończyłem swoją wypowiedź i przedstawienie tematu poprzez swoich ekspertów... Każda jest inna i nie mamy sformalizowanej formy przedkładania sprawozdań, bo gdybyśmy mieli, to na pewno pan minister i jego resort by to uczynili, i nie byłoby na ten temat dyskusji.

Chciałabym od pana ministra uzyskać jedną informację. Czy przygotowano plan w stosunku do przedstawianego materiału, i jakie są założenia strategiczne, docelowe, w tym zakresie? Bo to jest dla nas najważniejsze, jakie mamy braki i jakie definicje mamy dzisiaj ocenione, i w jakim kierunku resort pod pana kierownictwem będzie realizować to zadanie. A państwa posłów z Prawa i Sprawiedliwości poproszę – zajmijcie się razem ze mną zamkniętym oddziałem pediatrii. A jeśli będzie potrzeba, to będę prosić o to pana ministra. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. I tym sposobem pani poseł, apelując o nieuprawianie polityki, tę politykę uprawiała. Myślę, że...

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Panie przewodniczący...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Udzielę pani głosu, kiedy pani się zgłosi. Proszę się powstrzymać. Myślę więc, że pominę tę część pani wypowiedzi i dołączę się do pani apelu, pani poseł, o nieuprawianie polityki, ale proszę zawsze zaczynać od siebie. Zresztą, pan minister w żaden sposób, dopóki byłem, nie był ograniczany w swojej wypowiedzi. Mógł mówić, co chciał i w każdym momencie udzielać głosu ekspertom. Natomiast, pewne informacje rzeczywiście powinniśmy uzyskać. I tu również dołączę się do pytania pani poseł, ponieważ mam wrażenie, że o pewne sprawy, które są w tym sprawozdaniu, pytaliśmy już niezależnie od klubu. Bo rzeczywiście, panie ministrze, jeżeli ministerstwo nie miało pewnych danych, i ktoś nie poszukał ich na stronach internetowych, to Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktując – bo zakładam, że oddziały kardiologiczne są zakontraktowane – te dane powinien przedstawić. Zatem, osoba przygotowująca materiał mogła chociażby skontaktować się z NFZ i zapewne uzyskałaby informacje o tym, ile w poszczególnych regionach jest oddziałów kardiologii dziecięcej. To pierwsza sprawa.

Jednak najistotniejsze nie są dane statystyczne, które oczywiście są ważne z punktu widzenia naszej dyskusji, ale pewne wnioski. Dlatego pozwoliłem sobie paradoksalnie odnieść się do pytania pani poseł Skowrońskiej, co z tych danych dalej wyniknie. Trudno bowiem nie oprzeć się wrażeniu – mam nadzieję, że pan minister podzieli to moje zdanie

– że, przynajmniej do tej pory, brakowało koordynacji, jeżeli chodzi o nałożenie na siebie, z jednej strony, potrzeb zdrowotnych na danym terenie, a z drugiej strony, liczby specjalistów czy liczby oddziałów. Oczywiście, możemy przy tej okazji powrócić do niezrealizowanego zamierzenia. Możemy to różnie nazywać – od sieci szpitali poczynając, poprzez to, co ostatnio mówił minister Arłukowicz, a co też nie zostało zrealizowane, czyli mapę potrzeb zdrowotnych na danym terenie. Kiedy tę mapę już mamy – dotyczy to nie tylko kardiologii dziecięcej, ale i wszelkich innych dziedzin medycyny – wtedy łatwiej planować rezydentury czy ewentualne inwestycje, które, jak rozumiem, realizują przede wszystkim samorządy, ale nie tylko, żeby te oddziały kardiologiczne były w Polsce w miarę równomiernie rozmieszczone. A to jest poniekąd związane z wyceną procedur.

I tu przechodzę do mojego pytania. Bo, o ile dobremu planowi rozwoju kardiologii i kardiochirurgii, a przede wszystkim kardiologii inwazyjnej, służyła dobra wycena – jak powiedziałem, oprócz dobrego planu, bo jedno bez drugiego istnieć nie może – o tyle jest wiele przykładów z innych dziedzin medycyny, gdzie finanse i wycena procedur blokowały rozwój takich czy innych oddziałów, czy pracowni. Chciałbym więc zapytać, jak to jest w przypadku kardiologii dziecięcej. Czy tu mamy do czynienia z właściwą wyceną i tak zwaną opłacalnością – niestety, muszę się do tego określenia odwołać – czyli, że nie jest to deficytowe i dyrektor szpitala nie będzie ścigać kogoś, kto chce mieć kardiologię dziecięcą? Na ile to jest jakimś uwarunkowaniem, a na ile jest to kwestia kształcenia czy niechęci do kształcenia w tej dziedzinie medycyny, czy też jeszcze jakichś innych uwarunkowań? To pytania z mojej strony, bo z tej dyskusji – zgodzę się jeszcze raz z niektórymi głosami – musi coś wyniknąć na przyszłość dla państwa, dla NFZ i osób, które będą to później realizować.

Czy są inne zgłoszenia do dyskusji? Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Pani poseł Skowrońska ma rację. Rzeczywiście zamknięto oddział w Kolbuszowej. Był tam jeden pediatra. I ten pediatra poszedł do Mielca. Mielec jest większym miastem. Inaczej trzeba by pewnie zamknąć oddział w Mielcu. Problem, panie ministrze, dotyczy nie tylko kardiologów dziecięcych, ale także pediatrów. Po prostu, to, co dzieje się dzisiaj w pediatrii, i co dzieje się w opiece nad dzieckiem – dwa miesiące temu omawialiśmy ten problem na posiedzeniu Komisji – wieje zgrozą.

A teraz, jeśli można, to zwrócę się do pana prezesa NFZ z prośbą o wyjaśnienie. Strona 35 w tym materiale...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Poproszę nieco dalej od mikrofonu, pani poseł.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Oczywiście, panie przewodniczący. Otóż, rok 2015 – „Zaplanowana na realizację zadań z zakresu kardiologii dziecięcej kwota to 1.650.000 zł. Konkurs ofert – w trakcie". Materiał, proszę państwa, nie jest z 16 lipca 2014 r., tylko z 16 lipca 2015 r. Chciałabym więc zapytać pana prezesa NFZ, jakie konkursy przeprowadzają państwo w drugiej połowie roku, jak wydajecie pieniądze i o co w tym wszystkim chodzi. Bo to, że wy decydujecie, która metoda jest nowoczesna, którą metodę stosować, które urządzenia kupować, to już dawno się z tym spotkałam, i chcę zaangażować w to Naczelną Radę Lekarską, żeby pomogła mi jednak przywrócić porządek, aby to specjaliści decydowali, jakie metody będą stosować w leczeniu, czy to w stomatologii czy kardiologii, a nie urzędnicy w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zatem, niech pan, zamiast łagodnie się uśmiechać do kolegów, wyjaśni, proszę, jakie to konkursy na kardiologię dziecięcą są obecnie w trakcie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z zaproszonych gości chciałby zabrać głos w tej chwili? Nie widzę zgłoszeń, a więc... Przepraszam, widzę jednak zgłoszenia. Bardzo proszę, najpierw pani.

Kierownik kliniki Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Warszawie Bożena Werner:

Szanowny panie przewodniczący, panie ministrze, szanowne panie posłanki i panowie posłowie, nazywam się Bożena Werner. Reprezentuję Warszawski Uniwersytet Medyczny, gdzie jestem kierownikiem Kliniki Kardiologii Wieku Dziecięcego.

Tutaj wiele spraw państwo już przedyskutowali. Chciałabym więc tylko, skoro poświęcamy swój cenny czas kardiologii dziecięcej, zwrócić uwagę na takie zagadnienia priorytetowe, które są pomijane. Jednym z tych priorytetów w kardiologii dziecięcej jest profilaktyka chorób układu krążenia, profilaktyka chorób cywilizacyjnych u dzieci. Wszyscy zajmujemy się profilaktyką tych chorób, bo one występują u dorosłych, podczas gdy wtedy to już nie jest profilaktyka, tylko profilaktyka powikłań i leczenie. Tak więc, generalnie środki są inwestowane przede wszystkim w leczenie, a sama kwestia profilaktyki, jeśli ma być zrealizowana prawidłowo, powinna dotyczyć dzieci, bo wszystkie działania, które podejmujemy u dzieci, są jeszcze odwracalne, zatrzymywane, a u dorosłych te zmiany już się dokonały. To pierwsza kwestia, na którą chciałam zwrócić uwagę.

Drugą kwestią, która jest niejako pokłosiem tego, o czym dyskutowaliśmy, jest leczenie pacjentów po naszym leczeniu, i z powikłaniami wynikającymi z tego leczenia. Bardzo ważna kwestia – leczenie zaburzeń rytmu serca u dzieci. Ośrodków elektrofizjologii i ośrodków, w których przeprowadzamy ablacje, mamy dwa, a kolejki są bardo długie. Często sięgają one nie tylko miesięcy, ale i lat.

Trzeci priorytet, który warto, żeby państwo mieli na uwadze, to właśnie kardiologia prenatalna. Nie wiem, czy mogę się odnieść, bo to było pytanie do pana ministra, ale może z punktu widzenia nas, kardiologów dziecięcych powiem, że ważną kwestią jest profilaktyka zakażeń wirusem RS. To, proszę państwa, są choroby bardzo częste u dzieci. To są choroby, które w okresie sezonowym, czyli od października do końca kwietnia, powodują groźne zapalenia oskrzelików obarczone i śmiertelnością, i powikłaniami. Są dwie takie grupy dzieci, dla których są one szczególnie groźne. Pierwszą grupą są wcześniaki, i tym ministerstwo oraz nasi decydenci odpowiedzialni za leczenie się zajęli, bo bodajże od roku 2007 funkcjonuje w Polsce program profilaktyki zakażeń wirusem RS, który polega na tym, że możemy zastosować lek o nazwie paliwizumab – to jest swoista immunoglobulina – i te dzieci unikają tej choroby. Ten program znakomicie funkcjonuje. Prawdopodobnie już blisko 4 tys. dzieci dzięki temu nie zachorowało i uniknęło groźnych powikłań.

Grupa, która jest objęta tą profilaktyką niemalże na całym świecie, to znaczy dzieci ze szczególnymi wadami serca, które mają sinicze wady serca, nadciśnienie płucne czy niewydolność serca, w Polsce taką profilaktyką nie jest objęta. Jednak w przypadku tych dzieci chodzi nie tylko o fakt, że chorują, że to dla nich groźna choroba, ale o to, że po tej chorobie jest tak zwana nadreaktywność oskrzeli i kardiochirurg nie może operować, bo anestezjolog nie może tego dziecka znieczulić przez tygodnie, a niekiedy przez miesiące. To jest bardzo duży problem. Dlatego my, jako społeczność kardiologiczna, chcielibyśmy, żeby taką profilaktyką objąć także dzieci ze szczególnymi wadami serca, nie wszystkimi, ale najgroźniejszymi, które wymagają leczenia w okresie niemowlęctwa. Bo jest to choroba groźna przede wszystkim dla małych dzieci, do drugiego roku życia. W późniejszym wieku, dla nas tu obecnych, już nie jest ona groźna. Tyle z najważniejszych rzeczy. Bardzo dziękuję z uwagę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. I kolejne zgłoszenie. Bardzo proszę.

Kierownik Pracowni IP-CZD w Warszawie Grażyna Brzezińska-Rajszys:

Grażyna Brzezińska, Centrum Zdrowia Dziecka. Chciałabym skoncentrować państwa uwagę na jednej sprawie. Dzieci z wadami wrodzonymi serca – a to jest główny problem tej populacji, o której dzisiaj mówimy – to pacjenci, którzy wymagają wyjątkowo wysokiej specjalistyczności ośrodków. W związku z tym, oddziały, które państwo widzieliby w takim standardowym sposobie myślenia w wielu różnych województwach czy nawet gęściej, to nie jest to, jeśli chodzi o samą terapię wad wrodzonych, czyli głównego problemu. Dzieci, które wymagają takiego leczenia, muszą mieć dostęp do ośrodków referencyjnych, i to jest oczywiste. Natomiast, wyposażenie tych oddziałów nie referencyjnych nie musi być tak wysokospecja-

listyczne. I sens referencyjności jest w tym, że pacjent, żeby był dobrze zoperowany, musi być operowany tam, gdzie będzie mieć zabezpieczone najbardziej specjalistyczne zarówno podejście diagnostyczne, jak i terapeutyczne. Natomiast później, gdy on jest już wyleczony, czy ma przeprowadzony jakiś etap leczenia, powinien pójść do tego ośrodka niższego stopnia referencyjności czy poradni kardiologicznej. I tu to współdziałanie poszczególnych szczebli referencyjności jest niezwykle ważne.

Mówię to dla uporządkowania, żebyśmy nie oczekiwali mnożenia ośrodków referencyjnych, bo nigdzie na świecie czegoś takiego nie ma. To nie jest wymagane.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Wydaje mi się, że nikt tego nie oczekuje. Chodziło dokładnie o to, o czym pani profesor powiedziała, a nie o mnożenie ośrodków. Nie chodzi o to, żeby ośrodek wysokospecjalistyczny był w każdym mieście powiatowym. To w ogóle nie o to chodzi.

Bardzo proszę, są dalsze zgłoszenia. Później pan minister będzie odpowiadać na pytania. Pan profesor, proszę bardzo.

Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii dziecięcej Jacek Białkowski:

Jestem konsultantem krajowym od 16 lipca, co chciałbym podkreślić, więc nie jestem odpowiedzialny za sprawozdanie, które było przygotowane. Jeśli chodzi o kolejne pytania, które wynotowałem – stan aparatury, dostępność. Trzy angiografy są w fatalnym...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie profesorze, umówmy się tak – myślałem, że pan chce zabrać głos w dyskusji – że jeżeli chodzi o odpowiedź na pytania, to oddam głos panu ministrowi. A jeżeli pan minister uzna za właściwe, aby pan profesor odpowiedział na któreś z pytań czy uzupełnił odpowiedź, to wtedy pan minister tę informację mi przekaże, a ja udzielę panu głosu. Bardzo proszę, panie ministrze.

Minister zdrowia Marian Zembala:

Szanowni państwo, proszę pozwolić, że w tej wielości pytań i odpowiedzi postaram się przekonać państwa, że jest pewien sens, i sytuacja kardiologii dziecięcej... Ja nie jestem tanim optymistą. Pan poseł Hoc kiedyś ze mną sympatycznie rozmawiał tyle razy, i nagle zmienił się front. Jednak, ja jestem człowiekiem dobrej myśli, i chcę powiedzieć tak.

Proszę państwa, dołączam do mądrych wypowiedzi pani prof. Brzezińskiej. Otóż, sytuacja kardiologii i kardiochirurgii dziecięcej jest taka, że mamy 20 oddziałów, ale, tak naprawdę, nie ma potrzeby, proszę państwa, aby, w każdym województwie był ośrodek kardiochirurgii dziecięcej. Kardiologia dziecięca o różnym doświadczeniu jest. I w Szczecinie, zachodniopomorskim, panie pośle, też jest. Jest lokalny problem sporu między dwoma szpitalami. I z tym nie ma nic wspólnego minister. Pan dobrze o tym wie. Jest spór lokalny – nie będę go rozwijać – który należy rozwiązać w Szczecinie. I pan to dobrze wie, i ja też. W związku z tym, chcę powiedzieć tak. Wystarczy, że w 38-milionowaym kraju jest 5-6 silnych centrów, które gwarantują wysoką jakość leczenia przez kardiologa, także inwazyjnego, i przez kardiochirurga. I są to, proszę państwa, Warszawa, Łódź, Kraków, Zabrze, Poznań, Katowice i Gdańsk z rosnącym doświadczeniem, jeśli chodzi o kardiochirurgię – wspomniany mój wychowanek, pan dr Haboniuk. Mogę to powiedzieć. I w części także doktora Białkowskiego.

Druga uwaga. Naturalne jest zjawisko, kiedy patrzymy na specjalizacje – to zauważyłem jako nowy minister, zaledwie od miesiąca – że trzeba wzmocnić tę pozycję. Zaproponowałem to stanowisko profesorowi Białkowskiemu, przy czym, szanując poprzednika. To świetny pediatra, dobry organizator. Będzie służyć nam jako ekspert w bardzo ważnej i trudnej sprawie reformowania polskiej pediatrii, o czym zechcieli państwo mówić, i z czym się zgadzam.

Uwaga ogólniejsza. Jest prawdą, że od piętnastu lat jest niedoszacowanie pediatrii. Tak jest. I my zmieniamy to wprowadzając jednorodne grupy. Ciągle za mało. Przypomnę, że małe dziecko, które wymaga diagnostyki, wymaga także zabezpieczenia obecności anestezjologa. W związku z tym, koszty są inne. Zanim zostałem ministrem, państwo potwierdzą, że moja inicjatywa jako przewodniczącego Rady Nauki była taka, żeby także pan prof. Walewski dołączył, żeby zmienić w ocenie pediatrię. Nie chcę jednak mówić

o swoich zasługach. Czyli, tak, pediatria, ze względu na charakter schorzeń i na to, że dzieci jest mało, a wady są złożone nie tylko w kardiologii, powinna mieć zabezpieczenie w postaci rosnących kwot. Mogę powiedzieć – podpowiedział mi to przed chwilą pan prezes – że w tym roku nikt takiego wniosku nie złożył. Mamy zaledwie półrocze, ale w gremiach Towarzystw Pediatrycznego, Kardiologicznego ten wniosek był wielokrotnie przedkładany. Może on nie przełożył się na to zjawisko. To, po pierwsze.

Po drugie. Jeżeli chodzi o ablację u dzieci – pytanie pani dr Werner – pani doktor, w Zabrzu i Warszawie wykonują to, jak pani wie, z wielką powagą. Dołącza aktywność ośrodka w Krakowie, i innych. Natomiast, pokonaliśmy pewną barierę, jak w życiu, związaną z tym, że mamy problem, jak położyć dziecko, które ma wrodzoną wadę serca i ma lat więcej niż 18. Jest dorosłym, ale wiemy, że tylko pediatra z doświadczeniem, o którym mówił prof. Hoffman, jest w stanie diagnostycznie i terapeutycznie pomóc. Dwa ośrodki leczenia, to jest instytut w Aninie profesora Różańskiego, i znowu Zabrze. Nie uciekamy, ale jest to świadectwo, że mniej mówimy, a więcej robimy, co chcę z dumą podkreślić.

Sprawa różnic w liczbach. Proszę państwa, dla mnie tego typu informacja jest obszerna. Mogę powiedzieć, że przepraszam za pewne błędy. One zawsze są możliwe. Może nie tyle błędy, ile niedopatrzenia, ponieważ nadzorowała to osoba bardzo solidna. Natomiast, jeśli patrzy się na szczegóły, choćby na str. 26, to widać, że poradni w pomorskim było 9 – bo pani posłanka była łaskawa zapytać – a konsultant krajowy zgłosił 7. Trudno mi mieć pretensje do konsultanta. Można powiedzieć, że błądzenie jest rzeczą ludzką, ale pokazujemy dane, które daje Fundusz, i dane które posiada konsultant.

Czy w Polsce wystarczy wysokospecjalistycznych ośrodków kardiologii dziecięcej? Tak, bo inaczej stracimy na jakości. I zarówno z podlaskiego, jak i zachodniopomorskiego, panie pośle, dziecko śmiało jedzie do Poznania, a jeśli trzeba, to jedzie dalej, żeby to zabezpieczyć. Natomiast, jeśli chodzi o ekstremalnie trudne dzieci, z mechanicznym wspomaganiem, to wtedy do dyspozycji są takie ośrodki, jak w Zabrzu i rozwijające się także w mechanicznym wspomaganiu ośrodki warszawski czy łódzki.

Teraz sprawa pozytywna. Państwo zwrócili uwagę na to, co jest mechanizmem specjalizacji? Otóż, muszę państwu powiedzieć, że to w jakimś stopniu rynek kształtuje rozwój danej specjalizacji. My to dobrze wiemy, dlaczego patomorfologów jest mało, dlaczego jest mało zgłoszeń na kardiochirurgię, na neurochirurgię. Te specjalności są za trudne, i oceniane jako mało atrakcyjne. Inne, przeciwnie. Zatem, przeciwdziałamy temu stosując ten tak zwany priorytet kwotowy. I patrzcie państwo! W roku 2014 więcej niż poprzednio, bo ośmiu lekarzy uzyskało tytuł specjalisty, w roku 2015 – sześciu. Trzeba powiedzieć uczciwie, że środowisko musi być bardziej otwarte na szkolenie nowych specjalistów, i w wypowiedziach moich wspaniałych koleżanek i kolegów ta troska zaczyna być widoczna, ponieważ rzeczywiście kardiologów inwazyjnych dziecięcych wciąż jest za mało, ale miejmy świadomość, że szkolenie w tej dziedzinie jest najtrudniejsze. A w trosce o jakość staramy się, żeby nie było jednej czy dwóch osób w ośrodku, tylko przynajmniej 5-6. I to jest kolejny wymóg wobec nauczycieli.

Odpowiadając na pytania bardziej konkretne, przepraszam, jeżeli kogoś... Bo o pilocie, panie pośle... Ja pana szanuję, ale pilot jest zawsze. Tych pilotów w Polsce mamy sporo. Każdy działa w swoim porządnym samolocie. A mogę państwu powiedzieć, że kiedy patrzę na raport operacji kardiochirurgicznych, który jest naszą dumą, to w operacjach, także najtrudniejszych hipoplazji lewego serca, mamy – nie wydaje nam się – udokumentowany, bardzo dobry dorobek. Pragnę także powiedzieć, że jeden z najtrudniejszych zabiegów u nieco starszych chorych, zespół Epsteina – nowa metoda rekonstrukcji – narodziła się w Polsce, w Zabrzu. Jej autorem był wybitny Patrick Perier, ale nie musimy się tego wstydzić.

Odpowiadając na dalsze pytania. Pani poseł Hrynkiewicz. Jeśli dobrze zapisałem, pani niepokój dotyczy jednego przypadku i identyfikacji czasu oczekiwania. Ja jestem w tej komfortowej sytuacji, jako do niedawna kardiochirurg – konsultant krajowy, że kolejki oczekujących w Polsce na operacje serca były krótsze niż w bogatej Norwegii czy Szwecji. To, proszę państwa, jest powód do zadowolenia. Natomiast, w przypadku kardiochirurgii dziecięcej jest naturalne, że kolejki do ośrodków, które mają największe

doświadczenie, jak Łódź, Kraków – mówię o tej grupie złożonych – Warszawa, będą nieco dłuższe. Chcę jednak państwa uspokoić, że mamy do czynienia z malejącą grupą, gdzie jest pewna kontestacja przez środowisko.

Bardzo przeżywałem, kiedy na Śląsku wszedłem do cukierni i zobaczyłem informację – zbieramy na operację serca w Niemczech. Zapytałem o to właściciela cukierni. Powiedział – wysyłamy dziecko za granicę ze skomplikowaną wadą. Dotarłem do mamy, która powiedziała – nie ufam nikomu w Polsce. Trudno. Demokracja czasem takie sytuacje zakłada. I dziękuję za to, że troską państwa posłów jest to, aby takich sytuacji było jak najmniej. W związku z tym, niezależnie od tego, czynimy bardzo duży wysiłek, żeby w 38-milionowym kraju nie było łatwego wysyłania zagranicę za publiczne pieniądze, bo państwo dobrze wiedzą, że jeśli nie stawia się wymagań, to łatwo się korzysta z innych, skoro potrafiliśmy robić przeszczepy płuc w mukowiscydozie, a też mogliśmy wysyłać za gigantyczne pieniądze. Polska jest za biednym krajem, żeby to robić. A poza tym, środowisko lekarskie jest zbyt ambitne, żeby to, ot tak, łatwo sobie odpuszczać. Dziękuję wszystkim, którzy to rozumieją.

Pani poseł Zalewska zadała bardzo wiele pytań i obawiam się, że nie wszystkie zdołałem zapamiętać.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, jeżeli mogę zasugerować...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Chciałbym pani odpowiedzieć...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Na piśmie...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Na piśmie będzie mi trudno, bo nie mam pytań. Jeżeli pani mi je prześle...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo bym jednak prosił pozwolić mi prowadzić posiedzenie Komisji, panie ministrze. Ponieważ było wiele pytań, proponuję rzeczywiście odpowiedź na piśmie. Można ze stenogramu spisać te pytania i wtedy odpowiedzieć.

Minister zdrowia Marian Zembala:

Oczywiście. Naturalnie. Pani poseł, ja także mam obowiązki. Z tych samych powodów za chwilę państwa przeproszę, i myślę, że państwo mnie zrozumieją, ale właśnie... Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze jakieś pytanie mi umknęło? Pani poseł już wyszła... Proszę, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, było jeszcze pytanie do pana prezesa. Było również pytanie pani poseł Kłosin. Zaraz udzielę głosu...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Środki na Polkard, ma pan rację.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Widzę też dwa zgłoszenia. Chcę jeszcze jedną rzecz wyjaśnić, panie ministrze...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Jeszcze tylko jedno.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

...bo cały czas mówimy troszeczkę jakby siebie nie słuchając. Panie ministrze, w pytaniach kilku kolegów – ja też o to pytałem – nie chodziło o kardiochirurgię dziecięcą...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Ja mówię o kardiologii...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale pan mówił na początku i pan nas przekonywał do tego, że tych kilka ośrodków wystarczy. My w pełni się z panem zgadzamy, że wystarczy w zupełności. Mówiliśmy o kardiologii...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Ale ja mówię o kardiologii...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie, pan powiedział wcześniej o kardiochirurgii....

Minister zdrowia Marian Zembala:

Nie, ja powiedziałem o jednym i drugim.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

O referencyjnej kardiochirurgii, łącznie z pana uczniem, i wymienił pan nazwisko ucznia.

Minister zdrowia Marian Zembala:

Tak, Haboniuka.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Natomiast, panie ministrze, potrzebna jest precyzja zarówno na sali operacyjnej, której pan wymaga od swoich współpracowników, jak i w innych pracach...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Już precyzyjnie panu odpowiem.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pozwoli pan, że skończę. Żeby było jasne, panie ministrze. W sprawozdaniu, materiale, który otrzymaliśmy – a daliśmy trzy tygodnie na jego przygotowanie – na str. 21 jest napisane... Jest tam mapka i jest podana liczba oddziałów kardiologii dziecięcej, w nawiasie, według danych konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii dziecięcej, uzyskanych od konsultantów wojewódzkich. Wiemy, że konsultant krajowy się zmienił, ale ktoś te materiały przygotował i pan minister Cieślukowski pod tym się podpisał. Mamy informację odnośnie do 17 województw, że w jednym – lubuskim, jest zero, a przypominam, że tam teraz będziemy kształcić lekarzy... Zaznaczam, nie kardiochirurgii, tylko kardiologii. Ponieważ się nie rozumieliśmy, to powtarzam...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Rozumiemy. Mówimy o kardiologii dziecięcej...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę mi pozwolić skończyć. W zachodniopomorskim i opolskim – brak danych. Jest to dziwne. A jeżeli mówimy – i ja zapytałem, o pewną koordynację, zresztą, nie tylko ja, w innym sensie pytała także pani poseł Skowrońska, również pytał pan poseł Hoc – to proszę wyjaśnić. Jeżeli jest w tym jakaś myśl, to jaka jest myśl w tym, że Wielkopolsce jest jeden oddział kardiologii – podkreślam – dziecięcej, a na Podkarpaciu są cztery. A w małym województwie kujawsko-pomorskim, po sąsiedzku z Wielkopolską, są trzy. Jako lekarz, jako polityk i jako obywatel polski nie widzę w tym logiki, chyba że te dane są nieprecyzyjne, tak jak to dotyczy trzech województw.

Zatem, albo mamy do czynienia z wadliwym dokumentem, który został nam przedłożony, albo mamy do czynienia z brakiem koordynacji – w związku z tym, były pytania do NFZ, a także pytanie, co z tego ma wyniknąć na przyszłość, żebyśmy z czymś konstruktywnym wyszli, żebyśmy wiedzieli, że coś się zmieni, że być może gdzieś jest za mało i czegoś musi być więcej, a nie, że jest dobrze i że... Bo można by pomyśleć, że to bardzo dobrze, że na Podkarpaciu mają być cztery, w Wielkopolsce ma być jeden, a w lubuskim ma nie być żadnego i wożą na Podkarpacie. Być może, taki jest wniosek, ale chcemy wtedy usłyszeć, dlaczego z lubuskiego mają wozić na Podkarpacie. To tyle z mojej strony.

Minister zdrowia Marian Zembala:

Jeśli można, dwie uwagi, panie pośle. Na podstawie jednej ryciny, dość niefortunnej, nie należy stanowić o słabości dokumentu – chwileczkę – bo rzeczywiście mówimy o oddziałach. Odpowiem panu jako człowiek, który rozumie problem. Nie ma potrzeby, żeby w lubuskim był oddział kardiologii dziecięcej, bo zabezpiecza to Wielkopolska. Poznań jest w stanie zabezpieczyć jeszcze więcej, a jeśli mają problem, to wyślą dziecko do Warszawy, Łodzi, Krakowa czy Zabrza. Tak samo nie ma oddziału na Podkarpaciu. I tu rzeczywiście to 4 jest niefortunnym zapisem...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Na Podkarpaciu są 4.

Minister zdrowia Marian Zembala:

Na Podkarpaciu nie ma kardiologii dziecięcej wysokospecjalistycznej. Natomiast, z punktu widzenia zakontraktowania, jest kardiologia dziecięca, tylko nie jest wysokoreferencyjna, o czym mówiła pani prof. Brzezińska. Bo określenie kardiologia dziecięca dla Funduszu jest rozpoznawane tożsamo jako oddział małej kardiologii dziecięcej i oddział referencyjny kardiologii... Proszę pozwolić, że skończę. W związku z tym, tego rozgraniczenia tutaj nie ma. Być może, gdyby było, miałby pan wysokoreferencyjne, kompleksowe leczenie, którego na Podkarpaciu nie ma. Natomiast oddział kardiologii dziecięcej, który ma kardiologa dziecięcego jako element pediatrii, funkcjonuje. A zatem, proszę państwa, my, lekarze, potrafimy odczytać, że w tym jest nie pokrętność albo złe intencje, tylko różny poziom referencyjności.

Sprawa Szczecina jest wyłącznie lokalna, i proszę do tego ministra nie mieszać. W momencie, kiedy w Szczecinie zostanie to we właściwy sposób złagodzone – wiemy, gdzie – problem będzie rozwiązany. Odpowiadam więc na pana pytanie. Tak samo, jak w województwie opolskim. Jest tam mały oddział kardiologii dziecięcej, ale niskoreferencyjny, bo dzieci w przypadkach skomplikowanych, złożonych, idą do Zabrza lub do innych ośrodków – Krakowa, Łodzi etc. Tyle mogę powiedzieć, taka jest sytuacja. Mogą to moi koledzy konsultanci potwierdzić. Nie ma potrzeby. Akurat w kardiologii dziecięcej mamy w Polsce sytuację zabezpieczoną.

Natomiast, jedna cenna uwaga – to dotyczy wszystkich programów. Jako minister mam nadzieję, że państwo odczuwają pewne przyspieszenie. Mianowicie, jest prawdą, że pewne programy badawcze, które wchodzą, z natury mają swoje inercje, odkrywają się w połowie roku. W związku z tym, ta sytuacja powinna być zminimalizowana, bo przecież mogę wskazać wiele przykładów z programu Polkard dla dorosłych, bo trudno zauważyć, żeby dopiero w połowie roku można było włączyć nowe technologie. Co to oznacza? Dlaczego jest płatność poprzez ministerstwo? Otóż, proszę pamiętać, że nowe technologie, zanim wejdą i są opłacane przez płatnika, ze względu na pewien poziom bezpieczeństwa muszą przejść także przez jakby podwójne powiększenie. Czyli, przyglądamy się bezpieczeństwu, wykonują to tylko ośrodki referencyjne, notują zdarzenia niepożądane, żeby w odpowiedniej porze powiedzieć stop – zatrzymujemy i ograniczamy tylko do wąskospecjalistycznych ośrodków albo rozwijamy i przechodzimy na pozostałe. Tak jest na całym świecie. W związku z tym, za pewne niezręczności w tym tekście, przepraszam. Zaraz poproszę o wyjaśnienie pani dyrektor Korbasińskiej.

Natomiast zapewniam państwa, że ten dokument pokazuje możliwości nowoczesnej kardiologii dzieci. Panie pośle, nie kardiochirurgii. Ja mówiłem zarówno o jednym, jak i drugim. Elementem nowoczesnej kardiologii dzieci jest jedno i drugie, natomiast nie w każdym ośrodku nowoczesnej referencyjnie kardiologii dziecięcej musi być od razu kardiochirurgia.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Panie ministrze, rzeczywiście ten dokument daje do myślenia. Ja jednak myślę, że pan jest przyzwyczajony do pewnej precyzji, której tu brakuje. Chcę zauważyć, że to nie były dane NFZ, bo wtedy ewentualnie można by to podciągnąć pod to, co pan mówił, tylko dali je właśnie konsultanci wojewódzcy i krajowi, którzy umieją rozróżnić pewne dane. Zatem, ktoś jest niekompetentny.

Minister zdrowia Marian Zembala:

Proszę państwa, trudno nam mówić o kolegach, że są niekompetentni. Byłoby to niegrzeczne i niestosowne. My pytamy o dane. My weryfikujemy te dane. Pan dobrze wie, panie pośle, że gdy pan zbiera dane na posiedzenie komisji sejmowej, to dostaje pan różne dane, i niekoniecznie to świadczy o panu, że pan nie umie koordynować. Nie myślmy tymi kategoriami. Proszę państwa, błądzenie jest rzeczą ludzką. Natomiast istotą jest odniesienie się do poszczególnych kwestii, i po to jest ta dyskusja, zresztą ważna i potrzebna. Dziękuję za taką możliwość.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja tylko uważam, że dokument, który się podpisuje, należy przeczytać, chyba że takie dane są rzeczywiście. A wtedy trzeba przedstawić wnioski, z czego to wynika.

Pan przewodniczący Hoc, bardzo proszę. Później pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie ministrze, muszę odnieść się do pana słów. Oczywiście, ja nie zmieniłem żadnego frontu. Panie ministrze, proszę traktować krytykę – lajtową krytykę – w sposób medyczny...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Jest jeszcze cięższa?

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Może być. Krytyka jest jak woda utleniona. Polana na ranę, najpierw szczypie, a potem goi. Proszę więc w taki sposób...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Tylko wie pan, że wody utlenionej – ja pana szanuję – nie używamy...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

To jodynę...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo panów proszę o pewien porządek w dyskusji. Bardzo proszę, panie pośle o...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie ministrze, jeśli już jest pan tak precyzyjny, chce pan, żeby nie było żadnej krytyki, to proszę w takim razie odpowiedzieć. Ja zapytałem wyraźnie. Chodzi o kardiologię dziecięcą. I nie chodzi o Szczecin, bo przecież ja wiem, jak jest w Szczecinie. Nie było danych o zachodniopomorskim... Jeśli mówimy, panie ministrze, że w lubuskim jest zero kardiologów dziecięcych. Czy tak? Jest zero oddziałów, a są trzy poradnie kardiologii dziecięcej. A w lubelskim jest dwunastu kardiologów dziecięcych. I dobrze, ale pytam, czy jest koordynacja. Dlatego mówiłem, czy leci z nami pilot... To niech pan wytłumaczy. W lubuskim nie ma żadnych wad serca, nie ma żadnych dzieci z chorobami serca. W lubelskim jest bardzo...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę... Przepraszam. Bardzo proszę panie i panów posłów i wszystkich... Panie przewodniczący, momencik. Ja wszystkich państwa bardzo proszę o niewchodzenie sobie w słowo. Każdy ma prawo po kolei zabrać głos. Dotyczy to zarówno posłów, pana ministra, jak i zaproszonych gości. Bardzo proszę skończyć, panie pośle, a później będzie...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Nie ma sprawy, panie ministrze. Jeśli pan minister powie, że jest błąd, wada, to przecież każdy się myli, i nie ma sprawy. Natomiast, jeśli pan mówi, że to jest precyzyjny dokument, to ja zaczynam wątpiąc w to, że... I tylko tyle.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę wybaczyć, panie ministrze. Niestety, tu kto inny udziela głosu. Na razie pan przewodniczący Orzechowski, a później udzielę panu głosu.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, chciałbym generalnie wyjść naprzeciw temu, co powiedział pan minister. Materiał mówi nam o liczbie oddziałów kardiologii dziecięcej. Oczywiście precyzja materiału może być dogłębna, i wtedy dostajemy bardzo szczegółowy materiał, i członkowie Komisji często na posiedzeniu mówią, że jest zbyt szczegółowy. A gdy dostaliśmy ramowy dokument, to pada zarzut odnośnie do jego ramowości. Myślę, że zarówno osoby, które zwracają się o taki dokument, jak i osoby udzielające odpowiedzi, zdają sobie sprawę z tego, że odnośnie do tego, gdzie ten dokument jest mniej precyzyjny lub zbyt ogólnikowy, będą dodatkowe pytania i na te pytania będą uzyskiwać odpowiedzi.

Myślę, że akurat na tej mapie dotyczącej oddziałów kardiologii dziecięcej – tak jak powiedział pan minister – z jednej strony widać referencyjność tych oddziałów, bo ona świadczy o tym, jak skomplikowane procedury są przeprowadzane i jak skomplikowane przypadki są przyjmowane, ale też, z drugiej strony, jakby liczba hospitalizacji, bo oddział może być jeden, ale duży, o wysokim poziomie referencyjności, załatwiający problemy szerszej populacji, jak jest w przypadku Wielkopolski. A może być też tak, że tych oddziałów będzie kilka, co wynika często z zaszłości historycznych, i będą one mieć dużo mniejsze kontrakty albo – jak to pokazują pierwsze wyniki map potrzeb zdrowotnych – tam, gdzie procent schorzeń dotyczących danego zakresu jest większy, tam tych oddziałów znajdzie się więcej ze względu na to, że populacyjnie osoby chorują na dane przypadłości. Myślę, że akurat ten dokument nie ma jakichś wad, natomiast w kwestii doprecyzowania i dopytania, po stronie resortu zdrowia jest uzupełnienie tych informacji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Były jeszcze pytania do prezesa NFZ. Bardzo proszę, panie prezesie, odpowiedzieć na te pytania. Bardzo proszę włączyć mikrofon.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk:

Jeżeli chodzi o str. 35, to jest informacja o Polkardzie. Czyli, jest to konkurs Ministra Zdrowia, a nie Narodowego Funduszu Zdrowia. W tej chwili nie prowadzimy żadnych konkursów w zakresie kardiologii dziecięcej w żadnym z oddziałów, z tego, co wiem.

Drugie pytanie, dotyczące kompleksowości kontraktowania. Rzeczywiście, ustawa przewiduje takie kompleksowe kontraktowanie. Aktualnie procedujemy i są przygotowane rozporządzenia wykonawcze, które umożliwią szersze podejście w tym zakresie. I odpowiedź na pytanie – oczywiście, tak. Czyli, kardiochirurgia dziecięca z kardiologią dziecięcą powinny być kontraktowane razem. Ta sytuacja w województwie pomorskim rzeczywiście nie jest dobra, że jest to w dwóch różnych szpitalach, co, z punktu widzenia dzieci, powoduje kłopot. Natomiast, to pytanie bardziej do właścicieli tych szpitali niż do Funduszu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

I jeżeli chodzi o kontraktowanie poradni przy ograniczonej liczbie specjalistów lub ich braku, o co też pytaliśmy, panie prezesie. I oddziały, i poradnie.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Tak. Informacja o zakontraktowanych poradniach jest tam podana na osobnej stronie. Liczba poradni jest większa. Powiedziałbym, że to bierze się ze sposobu zbierania statystyk. Kontraktując poradnie kardiologii dziecięcej oczywiście spełniany jest wymóg o specjalizacji, natomiast jest...

Oczywiście, nie ma referencyjności – tu nie obowiązuje. Może być natomiast taka sytuacja, że lekarze przyjeżdżają do tych poradni z sąsiedniego województwa, żeby te dzieci obejrzeć. Na przykład, z Krakowa czy z Poznania. W związku z tym, poradnie mamy wszędzie w kraju. W każdym województwie jest poradnia kardiologiczna, natomiast nie wszędzie jest oddział kardiologii dziecięcej. Nie ma oddziału kardiologii dziecięcej w czterech województwach. Poradnie są w każdym województwie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

A czy mógłby pan powiedzieć, w jakich województwach nie ma tych oddziałów, żebyśmy mieli pełną jasność, skoro tabelka jest nieaktualna.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Tak jak jest w tabelce, nie ma zakontraktowanej kardiologii dziecięcej, co nie znaczy, że kardiologiczne świadczenia nie są realizowane. Tytularnie nie ma kontraktów w lubuskim, podkarpackim, opolskim i świętokrzyskim, co nie znaczy, że nie są realizowane świadczenia, na przykład, w zakresie kardiologii. Prawdopodobnie na tym polegała różnica zdań w przypadku konsultanta, który traktował to w ten sposób, że świadczenia dla dzieci są realizowane w szpitalach kardiologicznych, ale nie mamy zakontraktowanego oddziału. To się nie wyklucza.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Dziękuję. Jeszcze pani dyrektor uzupełni odpowiedź. Widzę zgłoszenie pani poseł i zaraz udzielę głosu. Widzę, że pani dyrektor chce uzupełnić tę odpowiedź. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka MZ Dagmara Korbasińska:

Na tym właśnie polega różnica pomiędzy podawaną przez konsultantów liczbą zarówno oddziałów, jak i poradni, że to jest to, co konsultanci identyfikują u siebie jako tego rodzaju poradnie, co nie znaczy, że one wszystkie lub one jedynie spełniają wymogi do kontraktowania. Zatem, w sposób naturalny ta liczba kontraktów zawartych na świadczenia w tym zakresie może się nie zgadzać z podawaną liczbą utworzonych poradni lub oddziałów. Może być taka sytuacja, że oddział jest nazwany jako kardiologia, a taka naprawdę nie spełnia wymogów. Wobec tego, nawet jeżeli ta nazwa w rejestrze nie została zmieniona, i jest on w ten sposób identyfikowany, to tak naprawdę nie spełnia tego wymogu, i może być tutaj podany.

Natomiast, niezależnie od tego, jeżeli one spełniają wymogi do kontraktowania, zgłosiły się i zostały zakontraktowane, są wykazane w zestawieniu Narodowego Funduszu Zdrowia, i tych danych nie można wprost porównywać. Czym innym są te, które są identyfikowane przez konsultantów, a czym innym te, które są kontraktowane, bo spełniają takie świadczenia. Może być taka sytuacja, że specjaliści dojeżdżają z innych stron, z innych miejsc, albo taka sytuacja, że poradnia pediatryczna spełnia wymogi i kontraktuje świadczenia w zakresie poradnictwa kardiologicznego, ponieważ ma specjalistów i może przystąpić do tego konkursu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, pan przewodniczący Hoc. A zaraz pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, dyskutujemy naprawdę na poziomie koncyliacyjnym, ale jeśli pani dyrektor i pan minister chcą obronić coś, czego nie da się obronić, to zaczyna to być irytujące. Jeśli bowiem pani dyrektor mówi, że w województwie lubuskim nie ma żadnego kardiologa dziecięcego, a teraz mówi, że są zakontraktowane 3 poradnie dziecięce, to trzeba w takim razie powiedzieć, że przyjeżdżają z Poznania. I to jest dobrze. A w lubelskim jest dwunastu kardiologów dziecięcych, i to jest dobrze. I to jest koordynacja. To jest pełna koordynacja – w lubelskim dwunastu kardiologów dziecięcych, w lubuskim zero, ale za to w lubuskim są 3 poradnie dziecięce.

Minister zdrowia Marian Zembala:

Panie pośle, tak naprawdę, to...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

A pani dyrektor mówi, że to jest normalne. To jest po prostu...

Minister zdrowia Marian Zembala:

...chcę panu powiedzieć, że...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

I pan prezes mówi, że to jest normalne. To jest w takim razie...

Minister zdrowia Marian Zembala:

...geografia nie zna takich wymagań, że musimy w lubuskim skłonić lokalnych, żeby robili specjalność...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Jest zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o szczegółowych warunkach...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam bardzo. Panowie, można się później spotkać przy kawie, a nie włączać mikrofony, kiedy kto uważa i wzajemnie rozmawiać. To dotyczy wszystkich. Panie ministrze, bardzo proszę uwzględnić regulamin Sejmu, który musimy stosować. Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, ja zgłaszam wniosek formalny do prezydium Komisji, aby nie przyjąć tego materiału, ponieważ potrzebujemy rzetelnych informacji – podkreślam, rzetelnych – a nie takich, że w województwie podkarpackim jest dwóch kardiologów dziecięcych, 4 oddziały szpitalne i 6 poradni. Tak samo pan prezes NFZ po prostu czaruje tu mówiąc, że dotyczy to czegoś innego. Ja naprawdę umiem czytać, panie prezesie, i przeczytałam to, co pan napisał. W związku z tym, proponuję – przestańmy dyskutować na ten temat. Poprosimy o rzetelny materiał, bo chcielibyśmy za rok albo za dwa lata porównać, co państwo zrobili w tym zakresie, w jakim kierunku te zmiany poszły i czy sytuacja, jeśli chodzi o pediatrię i kardiologię dziecięcą, się poprawiła.

Swoją drogą, dane podane w materiale dwa miesiące temu na temat sytuacji zdrowotnej dzieci są inne niż podane tutaj. Wstyd mi po prostu, pani dyrektor, że pani ośmiela się ministrowi podsuwać do podpisania taki materiał, ale, widać, minister na to pozwala, więc pani może to robić. To samo z panem prezesem.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Łodzi Jerzy Stańczyk:

Panie przewodniczący, prof. Jerzy Stańczyk z Łodzi. Chcę powiedzieć, że te dane, które są na tej mapce, nie mogą być bardziej precyzyjne, ponieważ zostały przysłane przez konsultantów wojewódzkich, czyli ludzi, którzy odpowiadają za to, co się dzieje w kardiologii dziecięcej w danym województwie.

Na pytanie pana wiceprzewodniczącego, dlaczego w lubuskim nie ma kardiologa, a są dwie poradnie, czy trzy, odpowiedź jest prosta. Ponieważ koledzy z poznańskiego i innego województwa dojeżdżają, i mają zakontraktowane poradnie. Są firmy, które jeżdżą po całej Polsce i przyjmują. Czy to dobrze? To nie jest dobrze. To jest źle. Pytanie jest takie, dlaczego w województwie lubuskim wojewoda nie stara się o to, żeby mieć u siebie kardiologa, ponieważ to wojewodowie w tej chwili rozdzielają miejsca rezydenckie, i występują o to, zgodnie z tym, jakie mają potrzeby. Natomiast, jeśli chodzi o precyzję informacji odnośnie do tych oddziałów w podkarpackim – są 4 – są to, proszę państwa, oddziały pediatryczne, które mają zakontraktowaną kardiologię, bo to Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje, a nie...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam bardzo. Nie mają zakontraktowanej, bo pan prezes powiedział przed chwilą, że w podkarpackim zakontraktowano zero. A na marginesie, nie wiem, czy to prywatne oddziały kardiologiczne, ale jest kardiologia. Pan prezes powiedział – w podkarpackim zakontraktowano zero.

Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Łodzi Jerzy Stańczyk:

Taką mamy informację od konsultanta wojewódzkiego z podkarpackiego.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, pan poseł Hoc, i będziemy głosować nad wnioskiem formalnym.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Już nie chcę dyskutować na ten temat, bo rzeczywiście szkoda czasu, ale irytuje mnie to, że są tu naprawdę medyczne autorytety naukowe, i tak brną w coś, czego nie na rady się obronić.

Panie prezesie Narodowego Funduszu Zdrowia, przecież sam pan wydaje zarządzenia o szczegółowych warunkach udzielania poszczególnych rodzajów świadczeń. Tam są określone szczegółowe warunki. Panie profesorze, czy pan wie, co to znaczy „szczegółowe warunki udzielania świadczeń"? Wie pan, jakie są wymogi? To nie jest tak, że przyjedzie ktoś z Poznania... On musi świadczyć w określonych godzinach, dniach itd.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak robią...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

W takim razie ja sprawdzę te 3 poradnie kardiologii dziecięcej w województwie lubuskim, gdzie nie ma kardiologa dziecięcego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo. Przechodzimy do głosowania. Został zgłoszony wniosek o nieprzyjęcie informacji.

Kto z pań i panów posłów jest za przyjęciem wniosku? Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu? Za głosowało 6 posłów, przeciw 11, 2 posłów wstrzymało się od głosu. Stwierdzam, że wniosek nie został przyjęty.

W takim razie, ten punkt kończymy. Dziękujemy panie ministrze. Prosiłbym tylko, żeby dokumenty, które są przesyłane do Komisji ktoś weryfikował pod względem merytorycznym – to, co konsultanci przyjęli. A nowemu konsultantowi krajowemu życzę wszystkiego dobrego, bo widzę, że jest co uporządkować, przynajmniej w relacjach z konsultantami wojewódzkimi. Dziękuję bardzo. Tyle w tym punkcie.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, jeszcze w kwestii formalnej.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Momencik. Bardzo proszę...

Minister zdrowia Marian Zembala:

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, jeszcze raz przepraszam państwa, że – za zgodą pana przewodniczącego – będę musiał wyjść. Natomiast, korzystając z okazji, chciałbym podziękować panu profesorowi Stańczykowi. Wykorzystamy jego bardzo dużą wiedzę i doświadczenie jako dyrektora i pediatry. Tacy ludzie są na wagę złota – spokojnie – w przekształcaniu polskiej pediatrii. I dziękuję, korzystając z okazji, bo pan naprawdę w trudnym momencie tego się podjął, po rezygnacji poprzednika. W związku z tym, życząc jednocześnie profesorowi Białkowskiemu, aby w tej dziedzinie wszystkie te sprawy, o których państwo z troską mówili, wyrównać, bardzo dziękuję. Dla mnie to była ważna lekcja i cieszę się, że również w sprawie zachodniopolskiej uzyskaliśmy konsensus. Bardzo dziękuję państwu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Również dołączam się do życzeń dla pana profesora. Trzy minuty przerwy technicznej przed kolejnym punktem.

Bardzo proszę o zajmowanie miejsc. Przechodzimy do kolejnego punktu – rozpatrzenie informacji na temat wykonywania oraz skutków stosowania ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w 3 lata od wejścia w życie ustawy. Przedstawia minister zdrowia.

Kto z państwa przedstawia? Bardzo proszę. Panie dyrektorze, mamy niestety mało czasu. Poprzedni punkt bardzo się przeciągnął... Panie ministrze, już jest pan wywołany do przedstawienia materiału. Bardzo proszę o krótkie i zwięzłe przedstawienie materiału.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, rozumiem, że zwięźle, albowiem materiał przesłałem na ręce pana przewodniczącego, zgodnie z prośbą pana przewodniczącego. Zacznę może od tego, że ustawa refundacyjna została wprowadzona po to, żeby przede wszystkim zagwarantować pacjentom należyty i szerszy dostęp do leków, w tym nowoczesnych, oraz by znosić barierę ekonomiczną dostępu do tych technologii, które są szczególnie drogie i zmniejszać poziom odpłatności pacjenta – dopłat do cen leków.

Po drugie, celem ustawy było także tworzenie systemu refundacyjnego opartego na zasadach transparentności i przejrzystości oraz umożliwiających szybkie procedowanie wniosków refundacyjnych. Po trzecie, po to, by racjonalizować wydatki na refundację, to znaczy, stwarzać przestrzeń finansową na finansowanie nowych, dotychczas nieobjętych refundacją technologii, a jednocześnie powodować sukcesywne obniżanie cen leków. Po czwarte, po to, by ułatwiać dostęp do wysokokosztowych terapii. Po kolejne, by zwiększać także odstęp do jak najtańszych leków, w szczególności w chorobach przewlekłych, i zabezpieczać przed możliwymi nadużyciami w łańcuchu dystrybucji, które wcześniej prowadziły do nieuzasadnionej refundacji kosztów.

Efektem merytorycznym ustawy było bardzo wiele zjawisk, ale dzisiaj, z perspektywy tych lat można powiedzieć, że nastąpił ewidentny wzrost dostępności do refundowanych leków, zarówno poprzez zwiększanie ilości objętych refundacją produktów leczniczych, jak i zmniejszanie ceny. Do dnia dzisiejszego, od początku funkcjonowania ustawy refundacyjnej, objęto refundacją 70 nowych cząsteczek, które nigdy nie były refundowane, a ponadto zwiększono dostępność do nowych postaci farmaceutycznych substancji dotychczas refundowanych. Zwiększono dostęp do substancji czynnych finansowanych w ramach programów lekowych, które zostały zakwalifikowane do koszyka świadczeń gwarantowanych, czyli poza ustawą refundacyjną. Ponadto zwiększono dostępność do substancji czynnych pomiędzy różnymi kategoriami dostępności, albowiem mamy takie leki, które są dostępne... Wiemy, że w Polsce leki udostępniamy pacjentom w czterech kanałach dostępności, w tym, nie tylko w aptece, ale także w ramach katalogu chemioterapii i programów lekowych. I ten czwarty – jako wysoka składowa kosztowa, najmniej wykorzystywany.

Ponad te 70 nowych cząsteczek zwiększono także dostęp do leków w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych. Co bardzo istotne, zmiany w ustawie refundacyjnej spowodowały nierzadko wzrost dostępności do wcześniejszego włączania pacjentów do leczenia poprzez zmianę definicji albo populacji docelowej, albo tak zwanych kryteriów włączenia w wielu programach lekowych, albo wydłużanie stosowania w programach lekowych. Tak było, na przykład, w przypadku stwardnienia rozsianego, gdzie, zgodnie z oczekiwaniami pacjentów, i zgodnie z doświadczeniami innych krajów świata, wydłużono czas leczenia osób chorych na stwardnienie rozsiane lekami biologicznymi ponad czas, który był pierwotnie w programie, czyli pięcioletni okres leczenia.

Bardzo istotnym elementem działania ustawy refundacyjnej jest sukcesywne zmniejszanie kosztów leczenia jednostkowego pacjenta. Wiemy obecnie o tym, że koszt leczenia, koszt wykupienia przez pacjenta, czyli dopłaty pacjenta do jednego opakowania, czyli, mniej więcej miesięcznej terapii, wynosi dzisiaj poniżej 10 zł. Ten koszt sukcesywnie się obniża, co przedstawiliśmy dzisiaj w dokumencie przedłożonym Wysokiej Komisji zarówno na str. 20, jak i na następnych stronach. Zauważamy, po pierwsze, trend obniżenia ceny dopłaty, czyli wielkości kwoty, jaką pacjent dopłaca do jednego leku. Ona w tej chwili wynosi nawet poniżej 9 zł. Jest wyraźny trend spadający. A po drugie – to też jest bardzo istotne zjawisko poprawiające dostępność do leków – zwiększa się liczba leków, które są obejmowane kategorią odpłatności 0 zł. To, od początku funkcjonowania ustawy refundacyjnej, wzrosło nawet o 24%. Wzrosła także o 17% liczba leków, które są dostępne w kategorii 3,20 zł, a jednocześnie zmniejsza się liczba leków, za które trzeba dopłacić powyżej 20 zł. Tu jest spadek na poziomie 9%.

W związku z ostatnimi wydarzeniami, warto powiedzieć, że w zasadzie co dwa miesiące funkcjonowania ustawy refundacyjnej wprowadzamy nowe obwieszczenie lekowe, w którym praktycznie za każdym razem są włączane jakieś nowe technologie. W tym roku, i to w ostatnich dwóch obwieszczeniach, doszło do bardzo istotnej zmiany jako-

ściowej. Po pierwsze, mamy nowy program lekowy do leczenia zwyrodnienia plamki żółtej, czyli AMD, który w osób regularny ujmuje dostępność dla pacjentów systematycznego leczenia w programie lekowym, bowiem ta technologia do tej pory była dostępna jako świadczenie zsumowane, czy w ramach świadczeń Jednorodnych Grup Pacjentów. Tam mechanizm był na tyle niedoskonały, że pacjenci nie byli objęci pewnym reżymem medycznej poprawności częstego podawania tego leku, zgodnego ze sztuką medyczną, a program lekowy bardzo dokładnie opisuje zasadę leczenia chorych na AMD. Trzeba powiedzieć, że przy olbrzymich potrzebach społecznych jest to duży przełom. Jesteśmy zdeterminowani, by w przyszłych miesiącach i latach sukcesywnie obserwować, jak ten program będzie się rozwijać i go poszerzać, bo dane populacyjne wskazują na to, że potrzeby są bardzo duże.

Kolejny program, o którym także warto wspomnieć Wysokiej Komisji, to dostęp do nowoczesnej terapii leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C. Jest to leczenie, które rozpoczęliśmy teraz, najnowszym obwieszczeniem, czyli pojawiło się od 1 lipca. Decyzją administracyjną Ministra Zdrowia objęto leki tak zwanej terapii bezinterferonowej, co ma bardzo duże znaczenie dla pacjentów, po pierwsze z powodu braku objawów ubocznych i zdecydowanie lepszej tolerancji dla pacjentów. A po drugie, jest to najnowsza technologia, jaką wytworzyła ludzkość w obszarze leczenia HCV. Naprawdę spodziewamy się, dzięki objęciu tego programu refundacją, że będziemy mogli w perspektywie najbliższych 15-20 lat mówić o pełnym programie eradykacji HCV w populacji polskiej, bo technologia, która daje omal 100-procentową wyleczalność pacjentów, pozwala nam założyć tak ambitne cele. Oczywiście, pogram będzie wymagać także poszerzenia populacji i identyfikacji chorych, ale to już poza ustawą refundacyjną.

Widać także wzrost nakładów na technologie lekowe i refundację lekową. O ile w pierwszym okresie został on ustawą refundacyjną zablokowany na poziomie sprzed wejścia w życie ustawy, czyli na poziomie 10,9 mld zł, to dzisiaj widzimy już bardzo wyraźnie, po przejściowym momencie w roku 2012 i w roku 2013, cieszące nas zjawisko odbicia i coraz większego wykorzystania programów lekowych. Dlatego w projekcie budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia na rok przyszły – jak zapewne Wysoka Komisja zauważyła – już zwiększono kwotę planowaną na refundację lekową do kwoty 11,5 mld zł w ujęciu rocznym. Spodziewając się dużej debaty, wychodząc naprzeciw prośbie pana przewodniczącego, chciałbym poddać temat dalszej dyskusji Wysokiej Komisji.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Na początek przekażę państwu kilka informacji. Po pierwsze, chciałem przeprosić za długie trwanie punktu, który miał być punktem drugim. Zwracam się do osób, które przyszyły tylko na punkt dotyczący refundacji. Taki był wniosek formalny, który został przyjęty, konsumując prośbę pana ministra. Następnie, chciałbym poinformować, że dysponujemy salą nie do godziny 18.00 – słyszałem takie głosy – tylko do godziny 19.00. Myślę więc, że będzie wystarczająco dużo czasu na dyskusję. Jeśli go będzie brakować, to sprawdzimy jeszcze możliwość przedłużenia go.

I wreszcie, przechodzę do pytań, panie ministrze. Zacznę od pytania o to, jak pan ocenia te cele, które państwo tu zakreślili. Które z tych dziesięciu celów udało się państwu zrealizować, a których państwo nie zrealizowali, i z jakich powodów? Oczywiście, nie bez powodu pytam o te, które nie zostały zrealizowane.

Chciałbym poruszyć jeszcze dwie sprawy. Otóż, po pierwsze, panie ministrze, niezależnie od tego, co będzie państwu wychodzić w statystykach, ile i jakich substancji jest więcej – widzę zgłoszenie, pani poseł – ile więcej jest refundowanych poszczególnych leków i wszystkiego, co pan minister przedstawił, również odnośnie do nakładów, przypomnę, że co roku – przynajmniej do tej pory – państwo wykazywali oszczędności, jeżeli chodzi o środki przeznaczone na refundację. One sięgają w ciągu tych kilku lat już około 5 mld zł. Chciałbym jednak dopytać szczególnie o dwie sprawy. Po pierwsze, o te różnego rodzaju terapie, z których przynajmniej część ma pozytywną rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych. Możemy przy tej okazji zapytać – pytanie szczegółowe – dlaczego ta procedura wydawania opinii przez AOTM jest dwuletnia, a nie krótsza. Dlaczego, przynajmniej w niektórych przypadkach, w ogóle jest konieczna, i czemu ona

ma służyć, jeżeli nie czystej ekonomii? Dlaczego leki, które są refundowane w wielu krajach – i nie mam na myśli bynajmniej bogatych krajów tak zwanej starej Unii, tylko kraje podobne do naszego, wymienię choćby naszych sąsiadów, Czechy, Słowacja, Węgry...

Panie ministrze, jest wiele środowisk, które zwracają się do państwa – zwracają się również do parlamentarzystów. Są różne konferencje, gdzie są prezentowane najróżniejsze raporty. Żałuję, że przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia na te konferencje nie przychodzą. Szkoda, że brakuje odwagi do dyskusji. Natomiast, efektem tego jest to... Bardzo bym prosił... Pani poseł zaraz może się zgłosić i zabierać głos. Każdy ma prawo wyrażać swoją opinię.

Panie ministrze, tak się składa – możemy to oczywiście różnie szacować, ale ja nie będę tych szacunków tu świadomie podawać – że ileś osób w Polsce – idzie to w dziesiątki tysięcy – nie ma szansy przedłużenia swojego życia – myślę chociażby o chorobach onkologicznych czy niektórych lekach dotyczących innowacyjnych terapii raka piersi, ale nie tylko – która została stworzona w innych krajach unijnych. Od razu też panu powiem, przechodząc do innych jednostek chorobowych – bo dyskusja dotyczyła oczywiście i cukrzycy, i innych jednostek – że pamiętam wypowiedzi wiceministra rządu, kiedy rozmawialiśmy bodajże po raz pierwszy na temat ustawy refundacyjnej krótko po jej wejściu w życie, kiedy przekonywano nas, że w świetle badań naukowych dana insulina przynosi zagrożenie zdrowia i życia pacjentów, że rzekomo były takie opracowania, na które państwo się powołali. Na szczęście, te insuliny są już refundowane, przynajmniej w jakiejś części, dla pewnej grupy pacjentów, natomiast jeden z ministrów... Proszę bardzo. Mogę państwu później przytoczyć stenogram z posiedzenia Komisji, nie ma problemu. Od razu powiem, że to nie był pan minister Winnicki, i to nie był pan prezes. To były wówczas inne osoby, żeby było jasne. Niemniej jednak, pokazuje to pewien styl uprawiania polityki, zasłaniania się jakimkolwiek argumentem, byle uzasadnić to, dlaczego pewne leki refundowane nie są. I to jest pierwsza część mojego pytania. Z racji tego, że pewnie będzie tych pytań więcej, nie chcę na tym etapie wchodzić w dalsze szczegóły.

I druga sprawa, która też wymaga wyjaśnienia. Panie ministrze, ja nie oceniam intencji. Intencje – powiem nawet więcej – prawo unijne mogą być rzeczywiście inne. Ja oceniam konkretne zapisy w ustawie refundacyjnej. Myślę konkretnie o art. 7, gdzie nie ma dla hurtowni farmaceutycznych wyłączenia z 5-procentowej marży przy okazji wywozu leków za granicę. Oczywiście, nie dyskutujemy w tym momencie o intencji. Można było przyjąć założenie takie – być może, wynikające ze swobody działalności gospodarczej i z tysiąca innych względów – że takie wyłączenie powinno być zawarte w ustawie, ale wtedy, przy okazji nowelizacji ustawy refundacyjnej – a było ich już kilka – można było dopisać stosowny ust. 2 do tego artykułu. Państwo tego nie zrobili. I w sytuacji, kiedy jest jasny i jednoznaczny zapis artykułu, przyjęli państwo inną interpretację. Pytam, na jakiej podstawie, jakie to są ekspertyzy. I nie pytam o ekspertyzy zamawiane 18 czerwca tego roku, tylko o ekspertyzy sprzed dwóch-trzech lat, kiedy właśnie te decyzje były wydawane. Może na początek tyle z mojej strony.

Teraz głos zabierze pan przewodniczący Hoc. Dalej będę udzielać głosu państwu posłom, a później zaproszonym gościom. Bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie ministrze, Wysoka Komisjo, najpierw króciutka refleksja, która mi się nasuwa. To fraszka, bodajże Sztaudyngera. „A kiedy strzyżesz owieczki, opowiadaj im bajeczki".

Panie ministrze, wszystko fajnie, ale tymi strzyżonymi owieczkami są polscy pacjenci. Pan minister powiedział, że jest tak fajnie, cudnie, i wszystko jest dostępne – jakość, dostępność, obniżone ceny – gdy tymczasem polski pacjent płaci najdrożej w Europie. Co trzeci pacjent odchodzi od okienka aptecznego, bo nie stać go na wykup leków. Według IMS, współczynnik współpłacenia wzrósł ostatnimi laty z 33% do 39%. To są fakty. Cóż więc z tego, że mówicie tutaj radośnie, kiedy rzeczywistość jest zgoła odmienna? To, po pierwsze.

Po drugie, nie dość, że polski pacjent płaci najdrożej w Europie, to jednocześnie brakuje pewnych leków ratujących życie. Przypomnę – leki przeciwzakrzepowe, a więc

heparyny drobnocząsteczkowe, leki kardiologiczne, onkologiczne, przeciwastmatyczne, przeciwcukrzycowe. To nie jest powód do dumy.

Następna sprawa. W tych lekach... Jest jeden plus. Potwierdzę, że to naprawdę jest osiągnięcie, i chwała za to rządowi, natomiast, cały czas mówię o ujemnych aspektach. Leki w cukrzycy. Nie dość, że za analogi długodziałające insuliny pacjent płaci średnio coraz więcej, to jeszcze nie ma leków najnowocześniejszych, leków inkretynowych. Nie wprowadziliście ich do refundacji, podczas gdy w całej Europie Zachodniej są to leki z wyboru. Nie mamy więc tych leków. Czyli, nie ma żadnej nowoczesności, żadnej innowacyjności. Nadal powikłania cukrzycowe są szybciej, niżby to mogło być.

Dalej. Mówiłem to już wielokrotnie, ale nadal będę to podkreślać. W nadczynności tarczycy nie ma w Polsce żadnego leku refundowanego. W Polsce nie ma żadnego leku z obniżką w leczeniu nadczynności tarczycy, jednej z najczęstszych chorób tarczycy. Z uporem godnym lepszej sprawy, niestety, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii zachowuje się jak ktoś, kto tego nie rozumie i nie ma, już nie mówię o empatii, ale jakiegokolwiek pojęcia o leczeniu ambulatoryjnym nadczynności tarczycy.

Teraz pochwalę. WZW typu C. Rzeczywiście, panie ministrze, wprowadzenie od 1 lipca bardzo innowacyjnej dwulekowej terapii, to osiągnięcie. Trzeba to zauważyć. Po terapii trójlekowej, od 1 lipca, ta terapia to osiągnięcie. Za to dziękuję, bo nawet interpelowałem w tej sprawie.

Następnie, rak prostaty. Jeśli pan minister mówi o programie, że abirateron to jest coś, czym należy się szczycić, to powiem, że to jest praktycznie średniowiecze. Abirateron wymaga suplementacji kortykosteroidów, w żaden sposób nie jest przydatny w przypadku przerzutów do kości. A są leki, jak enzalutamid – chlorek radu – który jest stosowany w przerzutach do kości, bo tamten lek nie da rady, a ten bez suplementacji kortykosteroidów... To są osiągnięcia. Tam trzeba działać. To są innowacyjne cząsteczki. Dalej – rak piersi. Mówiliśmy o pertuzumabie, trastuzumabie w pierwszym etapie, a nie dopiero w drugim, kiedy poddajecie wręcz próbie biologicznej – przepraszam za to wyrażenie.

W psychiatrii nie wprowadziliście od dwóch albo od kilku lat żadnej innowacyjnej cząsteczki, podczas gdy na Zachodzie jest olbrzymi postęp w leczeniu psychiatrycznym. Zaraz przejdę do konkluzji. Mógłbym jeszcze wymieniać wiele rzeczy, ale pamiętajmy, że na początku założyliśmy w ustawie refundacyjnej wykorzystanie 17% budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, a cały czas wykorzystujemy 11-12%. Mało tego, co roku ten poziom obniżamy. Pan minister teraz mówi, że podwyższył refundację leków do 11,5 mld zł, ale przypomnę, panie prezesie NFZ, że w planie finansowym na 2016 r. jest obniżenie refundacji leków o 145 mln zł, natomiast wzięliście z rezerwy... Proszę zwrócić uwagę, proszę państwa – wzięto z rezerwy 603 mln zł, które zarezerwowano. Jeszcze nie włączono planu na 2016 r., a już z tej rezerwy wszystko wzięto. To, po co było tworzyć rezerwę? Stworzyliście rezerwę, jeszcze nie został włączony plan, a już rezerwę rozdzieliliście. Coś jest nie tak. Najpierw 145 mln zł zabieracie itd.

Po drugie, od 2012 r., kiedy weszła ustawa o refundacji, Narodowy Fundusz Zdrowia zaoszczędził około 4 mld zł. To rynek powinien być nasycony lekami innowacyjnymi, nowoczesnymi, w onkologii i tymi, które wymieniłem, a praktycznie nic nie ma. Jesteśmy ubodzy w leki innowacyjne, nowoczesne leczenie. Mógłbym jeszcze podawać inne przykłady, ale nie chcę wymieniać pewnych nazw, bo powiedzą, że można się pewnych rzeczy wyedukować.

Panie ministrze, jest to coś, co degraduje naszą... Już nie mówię o wywozie leków za granicę. Eksport równoległy – zgadza się, ale brak równego dostępu do dystrybucji leków. Odwrócony łańcuch dystrybucji. Wycieka praktycznie 2,5 mld zł z powodu procederu. Wyciekają leki najważniejsze.

Dalej. To, co mówił pan przewodniczący Latos. Przecież interpretujecie, że ta 5-procentowa marża obowiązuje tylko w kraju, a nie obowiązuje przy wywozie tych leków. To wiadomo, że to jest zaproszenie do tego procederu. Dlaczego tak robicie? Po co to robicie? Żeby mamić ludzi, że mamy najniższe ceny leków w Europie? Kogo to interesuje, skoro pacjent najdrożej płaci, i wywozicie leki za granicę, bo chyba specjalnie jest stworzony proceder, żeby najtańsze leki w Polsce wywozić z granicę. To jest po prostu absurd. Perfidny absurd. Właśnie w tym kontekście mówiłem o owieczkach.

Panie ministrze, prosiłbym więc o pogłębioną refleksję. Oczywiście, są pewne działy, które trzeba pochwalić, jak właśnie w przypadku WZW typu C, ale są też działy, które... Jeszcze choroba Leśniowskiego-Crohna u dzieci. Trzeba umierać, żeby włączono leki. Na wrzodziejące zapalenie jelita grubego u dzieci w ogóle nie ma żadnego programu. Dziecko musi umrzeć albo będzie umierać i nie ma leczenia biologicznego. U osób dorosłych w przypadku wrzodziejącego zapalenia jelita grubego trzeba tak schudnąć, żeby wskaźnik masy ciała był... Trzeba być wycieńczonym, i dopiero wtedy włącza się leki biologiczne, co jest praktycznie niemożliwe, bo daje się kortykosteroidy, które dają przybór masy ciała. Zatem, praktycznie nie dojdzie się nigdy do kryterium włączenia leków biologicznych. Itd., itd.

Stwardnienie rozsiane, proszę bardzo. Druga terapia. Mamy niby drugą linię terapii. Mamy fingolimod, mamy natalizumab, ale dojście do tych leków jest praktycznie niemożliwe, aczkolwiek i fingolimod i natalizumab to bardzo stare i nienowoczesne leki.

Panie ministrze, zdaję sobie sprawę z tego, że są to trudne sprawy, ale nie można w sposób bezkrytyczny podchodzić do tego, co mówicie, że wzrosła refundacja leków. Nie wzrosła, bo stworzyliście rezerwę, a teraz ją podzieliliście... Proszę mi w takim razie wytłumaczyć ten podział rezerwy, panie ministrze, skoro mówi pan, że na dotychczas nierefundowane 238 mln zł z tej rezerwy praktyki kliniczne lub zmiana – 27 mln zł i refundacja apteczna – prognozowany wzrost wydatków 338 mln zł. Co to znaczy „refundacja apteczna", już nie mając rezerwy? Na jakie leki? Innowacyjne? Czy chcecie coś wprowadzać, czy robicie to w taki sposób po to, żeby powiedzieć, że rzeczywiście wzrosły nakłady na refundację leków? A nie wzrosły, bo w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia brakuje do 17%, do tego limitu. Prosiłbym więc o doniesienia bardziej merytoryczne, nie takie radosne, dlatego, że na zewnątrz rzeczywistość czasami jest okrutna. Apelowałbym o rzetelną analizę i rzetelne podejście do sprawy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pod nieobecność pana przewodniczącego Tomasza Latosa chciałbym kontynuować posiedzenie Komisji. Nie wiem, czy ktoś jeszcze z państwa się zgłaszał. Za chwileczkę udzielę głosu, chciałbym tylko odnieść się do wypowiedzi pana przewodniczącego Hoca.

Podstawą włączenia tej ustawy było to – jak doskonale pan poseł zdaje sobie sprawę – że środki przeznaczone w Narodowym Funduszu Zdrowia na refundację rosły dramatycznie i w sposób niekontrolowany. Trudno powiedzieć, że 70 nowych cząsteczek – o których również pan przewodniczący wspominał – to nie są nowe leki. Wszystkie niezależne agencje przyznają, że Polska jest krajem, gdzie koszt leku jest najniższy w Europie. I nie byłoby możliwe, żeby leki były transferowane z Polski za granicę – czemu ma przeciwdziałać uchwalona obecnie ustawa – gdyby koszt tych leków był wysoki. Zgadza się natomiast, że poziom współpłacenia pacjentów za leki jest problemem do dyskusji i rozwiązania, tylko zawsze trzeba sobie zdawać sprawę z tego, że wzrost współpłacenia po stronie płatnika, będzie mieć reperkusję w obniżeniu środków na inne nowe terapie, albo na te, które są dostępne. A jak pan poseł doskonale zdaje sobie z tego sprawę, budżet przeznaczony na leki nie może być nieograniczony, i nie jest nieograniczony, bo pochodzi z określonych odpisów.

Pojawił się pan przewodniczący Latos. Już przekazuję głos. Pan poseł Ziętek i pani poseł Kłosin. Bardzo proszę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Najpierw pani poseł Kłosin, bo zgłaszała się od początku. Bardzo proszę. Później pani poseł Hrynkiewicz, a następnie pan poseł Ziętek. Taką kolejność obserwowałem wcześniej. Bardzo proszę. Przepraszam. Pani poseł, szczerze mówiąc, zgłaszała się wcześniej, przed posłem Ziętkiem. Bardzo proszę, pani poseł Kłosin.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, bardzo dziękuję za ten raport. Chciałabym podziękować panu ministrowie za wprowadzenie w wielu programach lekowych bardzo nowoczesnych terapii, które zostały udostępnione polskim pacjentom. Jako członek sejmowej Komisji Zdrowia, a jednocześnie, między innymi, Zespołu do spraw stwardnienia rozsianego, wielokrotnie pisałam interpelacje w sprawie modyfikacji pro-

gramu leczenia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, co w tej chwili udało się nam uzyskać. Za to bardzo dziękuję.

Chciałabym też serdecznie podziękować, bo również o to pytałam, i pisałam, za nowoczesną terapię dwulekową dotyczącą leczenia WZW typu C. W tej chwili nasi pacjenci mają dostęp do najnowocześniejszych metod leczenia, które są stosowne w wielu krajach świata. Dziękuję też za zamianę kryteriów. Widzę, że to, co kiedyś postulowałam, a mianowicie zniesienie kryteriów obecności genotypu DT oraz skali dwustopniowej w zwłóknieniu wątroby, zostało zrobione.

Mam jednak jeszcze pytanie – już kiedyś o to pytałam – jak wygląda sprawa tego warunku dotyczącego biopsji wątroby, bo wciąż u nas stosuje się tradycyjnie igłową biopsję wątroby jako metodę diagnostyczną stopnia zwłóknienia wątroby, podczas gdy w wielu krajach dopuszczalne jest jako równorzędna metoda diagnostyczna, a może nawet lepsza, bo przede wszystkim nieinwazyjna, nieuszkadzająca wątroby, badanie fibroskanem. Czy ministerstwo rozważało możliwość zniesienia obowiązku biopsji wątroby, jeżeli pacjent będzie dysponować badaniami robionymi przy pomocy nieinwazyjnego urządzenia, jakim jest fibroskan?

I następne moje pytanie. Panie ministrze, które ośrodki w Polsce mają w tej chwili dostępną dla pacjentów terapię dwulekową, leczącą lekami najnowszej generacji? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, chciałabym zapytać pana ministra o to, ile nowoczesnych leków – w Europie jest ich 30 – stosowanych jest w leczeniu onkologicznym w Polsce. Ostatnio powzięłam taką wiadomość z lektury wydawnictw, że w Rumunii takich leków stosuje się 12, a w Polsce 2. Czy może pan to potwierdzić albo temu zaprzeczyć? Czy do leczenia raka piersi wdrożono nowoczesny system, i nowoczesne leki, o które dopomina się od wielu lat pan prof. Pieńkowski?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Wydaje mi się, że 8, ale i to tak jest mniej niż 12, na przykład, w Rumunii.

Pani poseł Czeszejko-Sochacka. Bardzo proszę.

Poseł Ewa Czeszejko-Sochacka (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, uważam, że muszę zabrać głos w sprawie 60 tys. przede wszystkim młodych chorych na stwardnienie rozsiane. Ja oczywiście doceniam to, że lekarstwa, takie jak fingolimod i natalizumab, zostały wprowadzone dla chorych drugiego rzutu i dla ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego, ale nie jest prawdą, że samo wprowadzenie refinansowania tych lekarstw załatwia sprawę. Tak jak mówi najwybitniejszy neurolog zajmujących się stwardnieniem rozsianym, prof. Selmaj, najwyżej 15% ludzi z tą formą postępującego stwardnienia rozsianego, i z tym, co się nazywa drugim rzutem, ma dostęp do tych leków, ponieważ się nie kwalifikują ze względu na kryteria.

Rozumiem, że to, że są wprowadzone te lekarstwa, to jest pierwszy etap, natomiast, drugim etapem będzie to, że te kryteria zostaną poprawione. Mówię to jako osoba, która ma dziecko chore na stwardnienie rozsiane, i wiem, ile osób otrzymuje lekarstwa, a ile osób nie. Ja to po prostu wiem. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Ziętek.

Poseł Jerzy Ziętek (niez.):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, pamiętam, jak ta ustawa była tworzona. To była pewnego rodzaju rewolucja porządkująca to. Pan minister wymienia na koniec 7 punktów, w których podsumowuje skutki ustawy o refundacji leków. Wydaje mi się, że to są właśnie plusy.

Natomiast, chciałbym wrócić na swoje podwórko, jeżeli chodzi o finansowanie refundacji leków. Pamiętamy, że w 2014 r. – i chciałbym zapytać, czy, nie daj Boże, będzie taka

powtórka z rozrywki – media obiegła informacja, że NFZ Oddział Śląski musiał zwrócić do Centrali 200 mln zł niewykorzystanych na refundację. To odbiło się złym echem, jeśli chodzi o izby lekarskie i pacjentów. Czy czeka nas ewentualna powtórka tego? Czy te środki – wiemy, że migracje rozliczamy, dopiero 16 lutego następnego roku – nie mogą czekać na kolejne rozliczenia czy przyznane transze? Wtedy one byłyby zmniejszone o te środki, które ma dany oddział NFZ. Myślę, że społecznie jest to źle odbierane. Wiadomo, że każdy z nas w województwie ściąga do swojego NFZ pieniądze jak tylko się da, i wyrywamy sobie nawzajem te pieniądze, a media obiega informacja, że 200 mln zł zwracamy. Czy czeka nas powtórka tego? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani poseł Okrągły, proszę.

Poseł Janina Okrągły (PO):

Dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, mam kilka pytań. Właściwie spodziewałam się, że w podsumowaniu działania ustawy refundacyjnej otrzymam też ocenę zapisów ustawy. Rok czy dwa lata temu mówiliśmy, że konieczna byłaby kolejna nowelizacja tak zwanej ustawy refundacyjnej. Czy ministerstwo to przewiduje? Czy jest ocena, czy pewne sformułowania, definicje, zapisy w ustawie powinny ulegać zmianie, czy nie? Na przykład, definicje odpowiednika leków, czy grup limitowych i ustalania w związku z tym cen na leki. Jak wypada ocena stosowania sztywnych marż? Jaka jest ocena mechanizmów czy narzędzi, które zostały dane ministerstwu przy negocjacji? Jak one są wykorzystane? Jak wykorzystane są, na przykład, instrumenty dzielenia ryzyka? Czy w tych zapisach powinno się coś pozmieniać, czy nie?

Poza tym, interesowałoby mnie coś takiego. Mamy podany koszt dopłaty do leków refundowanych, natomiast, jaka jest faktycznie, i ile pacjent zostawia w aptece na leki refundowane i na pozostałe leki. Jaki jest udział w kosztach leczeniu pacjenta leków refundowanych i pozostałych leków?

Jeszcze jedna sprawa – to leki centralnie zarejestrowane. Nasi pacjenci już nie mogą korzystać z procedury refundacji. Jak ministerstwo zamierza to rozwiązać?

I następna rzecz. Cieszy mnie bardzo, że powstał program lekowy dotyczący leczenia WZW, ale z tym wiąże się identyfikacja pacjentów. Pan minister mówił, że w przypadku WZW może być eradykacja w ciągu 15-20 lat. Chodzi więc o problem wychwycenia tych osób, u których nie ma jeszcze objawów do leczenia. Czy to też jest przewidywane? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Przepraszam, jeszcze pan przewodniczący Czechyra, a później udzielę głosu zaproszonym gościom.

Poseł Czesław Czechyra (PO):

Dziękuję bardzo. Mam krótkie pytanie w nawiązaniu do tego, co powiedziała pani poseł Okrągły. Panie ministrze, odnośnie do programu leczenia HCV – bo mamy teraz bezpieczne i skuteczne leki – mam pytanie. Od kiedy program ruszy, jakie będą zasady kwalifikacji i czy program obejmie swoim zasięgiem dzieci? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Na tym wyczerpaliśmy zgłoszenia posłów, przynajmniej w pierwszej turze. Kto z zaproszonych gości chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, najpierw pan. Nie, pan bliżej, a później tam.

Prezes zarządu Fundacji Onkologicznej Ludzi Młodych ALIVIA Bartosz Poliński:

Dzień dobry. Nazywam się Bartosz Poliński. Fundacja Onkologiczna Ludzi Młodych ALIVIA. Mam pytanie do pana ministra.

Z przedstawionego niedawno planu finansowego NFZ na rok przyszły wynika, że 2016 będzie kolejnym rokiem, kiedy środki przeznaczone na refundację leków będą niższe niż ustawowo założone 17% budżetu. Z drugiej strony, docierają do nas informacje, że sukcesywnie, rok po roku, ustawa refundacyjna generuje pewne oszczędności. W naszej ocenie, jest to pewna sprzeczność i bardzo trudno nam, jako organizacji pacjenckiej,

i pacjentom zrozumieć, dlaczego w sytuacji, kiedy tak wielu pacjentów czeka na dostęp do leków, cały czas wydatki nie są zwiększane do ustawowej wysokości, a rozmawiamy bardziej o oszczędnościach, które ta ustawa wygenerowała. Chciałbym po prostu dowiedzieć się, jakie stoją za tym przesłanki, żebyśmy to potrafili lepiej zrozumieć i wytłumaczyć pacjentom. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę.

Prezes Fundacji Razem w Chorobie Leszek Borkowski:

Leszek Borkowski. Panie ministrze, mam dwa pytania.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Kogo pan reprezentuje? Gdyby pan mógł się przedstawić...

Prezes Fundacji Razem w Chorobie Leszek Borkowski:

Reprezentuję Fundację Razem w Chorobie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę.

Prezes Fundacji Razem w Chorobie Leszek Borkowski:

Jest to organizacja pozarządowa, non profit. Panie ministrze, mam pierwsze pytanie. Kiedy programy lekowe będą mieć uproszone procedury, w następstwie których większa liczba pacjentów będzie z nich korzystać?

Dzisiaj statystycznie – jak patrzymy – w niektórych programach lekowych jest ograniczona dostępność. Tu pani poseł była uprzejma powiedzieć o stwardnieniu rozsianym. Ja mówię również o innych programach, z których korzysta naprawdę 1% pacjentów w stosunku do 100% tych, którzy mogliby odnieść korzyści ze stosowania tego leku.

Moje drugie pytanie, panie ministrze. Czy rząd polski wydając znaczące kwoty na refundację zamierza wprowadzić badanie skuteczności terapeutycznej refundowanych leków? Dlaczego? Po pierwsze, uważam, że polska lista refundacyjna zawiera produkty lecznicze, które powinny być przeanalizowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych. Po drugie, nowe produkty lecznicze, które dostają się na listę refundacyjną, również powinny być kontrolowane pod względem skuteczności terapeutycznej i bezpieczeństwa stosowania. To wszystko. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, panie prezesie.

Prezes zarządu Polskiego Związku Pracowników Przemysłu Farmaceutycznego Cezary Śledziewski:

Dziękuję, panie przewodniczący. Cezary Śledziewski, Polski Związek Pracowników Przemysłu Farmaceutycznego. Wysoka Komisjo, panie ministrze, chciałbym króciutko powiedzieć o ustawie refundacyjnej z punktu widzenia krajowego przemysłu, krajowych dostawców leków. Otóż, polski przemysł – przemysł krajowy – dostarcza około 50% leków refundowanych ilościowo. Otrzymuje za to około 30% ich wartości. To świadczy o tym, że te leki są cenowo dostępne.

Była mowa o poziomie cen leków w Polsce w stosunku do innych krajów. Otóż, ceny leków generycznych w Polsce są średnio dużo niższe niż w Europie. W Europie cena leków generycznych to 5 euro za opakowanie. W Polsce, to około 3 euro. Jeśli chodzi o leki refundowane, jest trochę wyżej, ale mam najnowsze dane IMS dotyczące kosztów terapii siedmiu najważniejszych grup terapeutycznych refundowanych. Otóż, w Polsce one również są najniższe. W tych analizach są głównie leki generyczne. Tak więc, ten poziom cen już jest dość niski.

Jak wyglądają rezultaty z punktu widzenia przemysłu? W sumie, w ciągu trzech lat działania ustawy, obniżyliśmy obroty o ponad 0,5 mld zł. Dokonane zostały obniżki cenowe w sumie o około 7%, z tym, że w różnych latach było różnie. Kumulatywnie 7%. Co prawda, jak państwo wiedzą, my popieraliśmy tę ustawę, bo ona wprowadziła pewien

porządek na rynku, a przede wszystkim transparentność cen, niemniej jednak dla przemysłu 7-procentowa obniżka centowa, jeśli chodzi o leki generyczne, to dość dużo.

Chciałbym nawiązać do posiedzenia Komisji Gospodarki, które odbyło się ponad miesiąc temu. Komisja Gospodarki zainteresowała się przemysłem farmaceutycznym. Były tam prezentowane bardzo interesujące analizy, które zostały wykonane przez naukowców ekonomistów na nasze zlecenie, jakie ma znaczenie przemysł farmaceutyczny dla gospodarki. To jest także podane w skrócie w „Pigułce", analizy są na naszej stronie, jest też pełny raport. Wyliczono, że polski przemysł farmaceutyczny przyczynia się do wzrostu produktu krajowego brutto 1% – to dość sporo, biorąc pod uwagę wartość tego przemysłu. Wpłaty do budżetu, jakich dokonujemy rocznie – to były dane za lata 2011 i 2013 – są generowane przez przemysł i pośrednio przez naszych kooperantów. W sumie to około 2,6 mld zł rocznie. W 2013 r. to 2,4 mld zł. Zatem, są to kwoty duże. Zderzyliśmy do – położyliśmy to na wagę z kwotami, które przemysł krajowy otrzymuje w wyniku dostaw leków. To jest porównywalna kwota. Wydaje mi się więc, że z gospodarczego punktu widzenia ten przemysł stanowi dobro, o które trzeba dbać. Zresztą, taki był też wniosek Komisji Gospodarki, że w stosunku do tego przemysłu powinna być prowadzona polityka wspólnie przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Gospodarki.

Chciałbym też powiedzieć o zatrudnieniu, które jest istotne, bo szeroko dyskutuje się kwestie zatrudnienia i płac. Otóż, przemysł który zatrudnia 20 tys. osób – poprzednio było 22 tys., a w wyniku ustawy nastąpił spadek do 20 tys. – w sumie z innymi działami, daje pracę około 100 tys. ludzi. Zatrudniamy wysokokwalifikowanych specjalistów i średnia płaca w przemyśle wynosi 5 tys. zł, co daje 40% różnicy w stosunku do średniej płacy w gospodarce. Można więc powiedzieć, że jest to wartość z punktu widzenia gospodarczego.

Wracając do kwestii ściśle związanych z ustawą refundacyjną, musimy sobie powiedzieć, że średnia cena leku krajowego też jest konkurencyjna. Z naszych analiz i wyliczeń wynika, że średnia cena opakowania leku wyprodukowanego w kraju to 14 zł versus 18 zł importowanego. Jest to pewna różnica przynosząca oszczędności dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

Chciałbym nawiązać do tego, co pani poseł mówiła o koniecznej nowelizacji ustawy. Otóż, taka nowelizacja dokonała się dwa lata temu, jeśli chodzi o stanowienie cen. Chcielibyśmy za tę nowelizację podziękować Wysokiej Izbie i Ministerstwu Zdrowia, panu ministrowi również, bo inaczej byłoby ogromne zamieszanie na rynku, gdyby tej nowelizacji nie wprowadzono. O co dzisiaj apelujemy? O to, żeby przepisy zawarte w art. 13 ust 6 lit. a) nadal były przestrzegane i negocjacje cenowe, które teraz się toczą, uwzględniały ten artykuł. Wydaje się też, że powinny być brane pod uwagę przez ministerstwo inne elementy niż cenowe, a mianowicie, pewność dostaw...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Prosiłbym zmierzać do puenty, a właściwie do kropki.

Prezes zarządu PZPPF Cezary Śledziewski:

Puenta już prawie była. Pewność dostaw, jakie daje przemysł krajowy, co – jak się wydaje – ma znaczenie, oraz wzięcie pod uwagę nakładów inwestycyjnych i nakładów na badania i rozwój, co jest przesłanką ustawową. Apelujemy więc do pana ministra, żeby te negocjacje zakończyły się sukcesem dla obu stron, ponieważ – jak mówiłem – przemysł ten stanowi wartość. Warto więc, żeby się rozwijał i wprowadzał nowe leki. Bez tego impulsu na pewno będzie trudno o rozwój, a może wręcz nastąpić zahamowanie rozwoju tego przemysłu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę o dalsze zgłoszenia. Pan prezes Twardowski, bardzo proszę.

Wiceprezes Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie" Marek Twardowski:

Marek Twardowski, Federacja „Porozumienie Zielonogórskie". Długo się zastanawiałem, czy tu do państwa przyjechać, jako że wcześniej zajmowałem się problematyką

leków przez 3 lata, ale postanowiłem to zrobić i zadać rządowi – tak to ogólnie nazwę – trudne pytania, wynikające również mojego doświadczenia.

Wtedy, kiedy pracowałem w resorcie, wynegocjowałem 1,366 mld zł obniżek cen leków. Na zasadzie przyzwolenia mojej szefowej, cała ta suma w okresie mojej pracy została przeznaczona na programy lekowe i refundację nowych leków. Jestem zdumiony dokumentem, który trzymam w ręku. Z niego jasno wynika, że w latach 2012, 2013 i 2014 poczyniono oszczędności. Ulokowano je w Narodowym Funduszu Zdrowia, zamiast 4,166 mld zł ulokować w zdrowiu naszych obywateli. To jest dla mnie niepojęte, dlaczego pieniądze, które – zgodnie z zapisem ustawowym – w wysokości do 17% powinny być zagospodarowane na leczenie, zostały zagospodarowane na to, aby NFZ, który źle zaplanował spływ składki zdrowotnej, mógł pokryć swój deficyt. To nie jest uwaga do obecnego tutaj prezesa i osób siedzących w tej sali po stronie rządowej, bo ich wtedy tam nie było, ale rzeczywiście jest to bulwersujące dla mnie, i absolutnie się z tym nie zgadzam.

Po drugie. Dlaczego nadal karze się lekarzy za to, że wypisują leki zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, i uparcie wmawia się, że każdy antybiotyk musi być zapisany tylko zgodnie z badaniami klinicznymi, choć wiadomo, że jeżeli kiedyś producent starając się o dopuszczenie leku do obrotu zrobił badania polegające na tym, że dany antybiotyk pomaga na zapalenie ucha środkowego, a nie robił już badań potwierdzających, czy pomaga on również na anginę albo zapalenie gardła, w związku z czym, w praktyce lekarskiej leki te wykorzystywało się tożsamo. Obecnie lekarz jest karany, jeżeli wypisze pacjentowi lek na refundację zgodnie z zasadami sztuki, i przepisało się w ustawie refundacyjnej, która jest wadliwa, tylko to, czego żaden producent leków na świecie obecnie nie poprawi, bo nie jest zainteresowany rozszerzaniem swoich badan klinicznych, wydawaniem na to środków finansowych, skoro lek jest już dopuszczonych do obrotu i często jest na liście leków refundowanych.

Po trzecie, gdzie w sejmowej Komisji zginęła ustawa przygotowana przez „Porozumienie Zielonogórskie" przy pomocy ekspertów, usuwająca wady, które do tej pory tam tkwią, przeciw czemu uparcie opowiadał się Bartosz Arłukowicz. Ostatnio, kiedy oglądam telewizję, słyszę takie przesłanie od jednej pani, którą nieźle znam – „słucham, rozumiem, pomagam". Rozumiem, że tak słucha się obywateli, którzy napisali – tak myślę – niezłą podstawę do dyskusji sejmowej, aby naprawić ustawę refundacyjną dla obywateli. Pytam więc, czy ta ustawa jeszcze w tej kadencji odnajdzie się w tej Komisji, czy się zagubiła. Duplikat posiadam.

Gdzie się podziała przygotowana przeze mnie i mój zespół – a siedzi tu dyrektor Fałek – ustawa o badaniach klinicznych, która była gotowa, kiedy w grudniu 2010 r. odchodziłem z resortu? Potem Komisja Europejska zajmowała się sprawą, żeby to ujednolicić, ale nic nie stało na przeszkodzie, żeby wcześniej tę przygotowaną ustawę uchwalić. Dzięki tej ustawie, środki finansowe naszego państwa z budżetu Ministra Zdrowia oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego powinny być przeznaczane na badania kliniczne w naszych ośrodkach uniwersyteckich. Przez to, że tak się nie stało, przez to, że ta ustawa przez 5 lat jest schowana, i Arłukowicz jej nie wyjął, nasze dzieci, ale i dorośli, po eksperymentalne badanie, jeżeli terapia standardowa zawodzi, muszą się udawać za ogromne pieniądze do ośrodków zagranicznych. Jesteśmy świadkami zdarzeń medialnych w tej kwestii i pospolitych zbiórek pieniędzy.

Następne pytanie. Czy uważają państwo jako rząd, jako resort, że to świetnie, że co dwa miesiące wychodzi obwieszczenie o refundacji leków? Ja je wydawałem 2-3 razy w roku. To nie było obwieszczenie, tylko rozporządzenie Ministra Zdrowia.

Dlaczego uważam, że to jest złe? Bo to jest złe. Wydawanie co dwa miesiące mogą wymyślić tylko ci, proszę państwa, którzy nie mają zielonego pojęcia o pracy lekarzy w Polsce. Oni jeszcze przez dwa miesiące nie zdążą się przyzwyczaić do tego, jaka jest nowa lista, jakie są zmiany w refundacji, a już wchodzi następna. I kto jest najbardziej poszkodowany z tego tytułu? Oczywiście, pacjent. Dlaczego? Dlatego, że lekarz, jeśli nie nadąża co dwa miesiące prześledzić tysięcy leków, które się tam znajdują, który jak się zmienił, na wszelki wypadek pisze po staremu, jak się nauczył, szkodząc pacjentowi

mimo dobrej woli, bo, na przykład, refundację zawyża, albo zaniża narażając się na retorsje ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia.

Czy można to zmienić? Tak. W wielu normalnych krajach na świecie, w Unii Europejskiej, dawno przypisano refundację do pacjenta, a nie do uprawnienia lekarza. Tak nie powinno być. Lekarz nie powinien o tym decydować. Nie powinno też być stosowanych trzech albo czterech, albo pięciu poziomów odpłatności za dany lek ze względów oszczędnościowych, w zależności od tego, jakie schorzenie dany lek leczy. Powinno to być ujednolicone. Lekarz powinien wypisywać pacjentowi receptę, że jest ubezpieczony, a odpowiednią refundację powinien pacjent uzyskać w polskiej aptece. I mam nadzieję, że po wyborach ci, którzy je wygrają – ci, czy inni, bo nie wypowiadam się tu politycznie – wreszcie to zrobią, żebyśmy stali się normalnym państwem w Unii Europejskiej.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Wiceprezes FZPOZ „PZ" Marek Twardowski:

Jeszcze, panie przewodniczący, mam ostatnie pytanie, na którym zakończę. Pan przewodniczący zadał pytanie, nad którym się zastanawiałem, czy kiedykolwiek je zadam. To je zadam.

Poruszył pan kwestię refundacji analogów długodziałających insuliny. Czy dobrze zrozumiałem, panie przewodniczący?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, dobrze pan zrozumiał.

Wiceprezes FZPOZ „PZ" Marek Twardowski:

Dlaczego tak późno te analogi w Polsce zostały wprowadzone, zresztą z dużymi ograniczeniami, na listę leków refundowanych? Powiem panu, że nie wiem, dlatego że z różnych powodów postanowiłem odejść w 2010 r. z resortu i przygotowałem listę leków refundowanych. W dniu 20 grudnia, gdy odebrałem dymisję – bo tak zdecydowałem – analogi długodziałające insuliny – z pewnych względów nazw tych dwóch analogów nie będę wymieniać, ale zainteresowani znają te nazwy – figurowały na liście leków refundowanych w rozporządzeniu, które przygotowałem.

W dniu 21 grudnia byłem jeszcze w ministerstwie, a 22 grudnia analogi długodziałające insuliny, za które mnóstwo organizacji pacjenckich oraz eksperci, konsultanci wojewódzcy i krajowi dziękowali mi, że je wpisałem, będąc przeświadczeni, że znajdą się na tej liście, tak jak znajdowały się w tym czasie – w 2010 r. – w prawie wszystkich krajach Unii Europejskiej, gdzie były refundowane albo w 100-procentach, albo w 30, albo w 80... W Niemczech, jak pamiętam, były refundowane w 100-procentach i pacjent nic nie płacił. Oczywiście, były pewne doniesienia mówiące o tym – bo to była walka firm farmaceutycznych – że te insuliny mogą spowodować większe prawdopodobieństwo wystąpienia nowotworów u chorych na cukrzycę. To nieprawda, jak się okazało, bo wiadomo, że chory, jeśli ma nadwagę, szczególnie z cukrzycą typu dwa, to i tak statystycznie, chociażby z tego powodu, jest bardziej narażony na występowanie choroby nowotworowej...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Prosiłbym o skrócenie wypowiedzi, żebyśmy wszyscy dyscyplinowali się, jeśli chodzi o czas.

Wiceprezes FZPOZ „PZ" Marek Twardowski:

Zadaję więc pytanie. Dlaczego, po moim odejściu z resortu, analogi długodziałające insuliny znikły z przygotowanej przeze mnie listy leków refundowanych? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Dopowiem, że wspominałem o tym, iż na jednym z posiedzeń Komisji, bodajże w lutym kolejnego roku, twierdzono, że są one szkodliwe. Widzę kolejne zgłoszenia. Zaraz udzielę głosu.

Muszę natomiast udzielić odpowiedzi na pytanie dotyczące prac Komisji. Jeżeli dobrze zrozumiałem, chodziło panu o projekt obywatelski dotyczący ustawy refundacyjnej. Czy tak?

Wiceprezes FZPOZ „PZ" Marek Twardowski:

Tak jest.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To informuję pana, że ten projekt po przejściu przez salę plenarną, następnie przez posiedzenie Komisji, został skierowany do podkomisji, którą kierował najpierw pan poseł Jakub Szulc. Obecnie, po jego odejściu z parlamentu, kieruje nią pani poseł Janina Okrągły. Ten projekt jest już w podkomisji nie pamiętam ile, ale od wielu miesięcy. Jest w tej chwili własnością podkomisji i za tempo prac lub brak prac nad tym projektem odpowiada w tej chwili przewodnicząca podkomisji, którą jest obecnie pani poseł Okrągły. Tyle, tytułem wyjaśnienia. Bardzo proszę, pan poseł Czesław Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie ministrze, a ja ad vocem... Nie, do pana ministra Twardowskiego. Chciałbym, panie ministrze Radziewicz-Winnicki potwierdzić. Jeśli pan poruszył tę sprawę przypadkowo, to jest to bardzo ciekawe. A to dlatego, że pan minister Twardowski za swoich czasów podał mnie do Komisji Etyki Poselskiej, ponieważ w którymś wystąpieniu powiedziałem, że oszukał ludzi, którzy chorują na cukrzycę, bo kilkakrotnie obiecywał, że będą analogi insulin długodziałających na listach, a ich nie było. Wówczas pan, właśnie 22 grudnia, podszedł do mnie na posiedzeniu Komisji Zdrowia – albo 21 grudnia – i powiedział bardzo znamienne słowa, które pamiętam. Nie będę tego komentować. Powiedział pan, że w świątecznej atmosferze... Oczywiście, Komisja Etyki poselskiej tego nie rozpatrywała, bo udowodniliśmy, że miałem w jakiś sposób rację.

Powiedział pan – panie pośle, oznajmiam panu, że analogi insulin długodziałających będą na liście leków refundowanych, po czym, wieczorem, dowiedziałem się, że pan jest zdymisjonowany. To jest też przykład tego, jak tworzy się w Polsce... Zresztą, komentarz jest zbyteczny. Zwróćcie jednak uwagę na to, jakie są zawirowania, zdarzenia. I tylko tyle.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Kolejne zgłoszenia. Bardzo proszę zaproszonych gości. Pan przewodniczący Maciej Orzechowski, proszę.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Ja też odniosę się do wystąpienia jeszcze niedawno mojego ministerialnego kolegi, pana ministra Twardowskiego. Panie ministrze, dosłownie kilka uwag dotyczących pana wypowiedzi.

Zgadza się, że pewnie dobrze by było, gdyby producent w charakterystyce swojego produktu leczniczego zawierał wszystkie możliwe schorzenia, które ten lek leczy, ale pamiętam, że kiedy dyskutowaliśmy razem, to mówiliśmy, że trudno używać preparatu, nawet jeśli jest takie doświadczenie kliniczne, jeśli producent tego leku nie przeprowadził w tym kierunku badań. Mowa była o tym, że wszelkie zastosowania tego leku poza tą procedurą zawartą w Charakterystyce Produktu Leczniczego mogą rodzić skutki prawne w postaci ewentualnych pozwów pacjentów odnośnie do zastosowania tego leku poza procedurą Charakterystyki Produktu Leczniczego. Jednak minister zdrowia Bartosz Arłukowicz wyszedł naprzeciw tym oczekiwaniom i spora grupa leków otrzymała tak zwaną procedurę off-label, czyli poza wskazaniami. Być może, jeszcze jakieś leki cały czas na to oczekują.

Nie zgodziłbym się również z wypowiedzią pana ministra odnośnie do częstotliwości ukazywania się listy leków i odpłatności, bo akurat pan minister, który jest także lekarzem, doskonale wie, że wiedza medyczna, w tym, między innymi, niedotycząca poszczególnych rzeczy, ale też dotycząca odpłatności, musi być ciągle aktualizowana. Trudno, żebyśmy w momencie, kiedy kończymy jakiś etap naszej edukacji, powiedzieli okej, więcej nas nie interesuje. Jestem przekonany, że większość naszych kolegów posługuje się systemami informatycznymi z różnych powodów – bo rozliczają się z Narodowym Funduszem Zdrowia, bo tak jest łatwiej i wygodniej – i w większości programów, w tym również dużych programów, które są dostępne dla większości lekarzy bezpłatnie, te informacje o odpłatności w poszczególnych kategoriach są jasno i czytelnie podane.

W tych programach jest też link do Charakterystyki Produktu Leczniczego. I tak, jak kiedyś przekonywaliśmy z ministrem Arłukowiczem, w przypadku praktyki lekarza rodzinnego, grupa leków, którą on stosuje, jest największa, ale też liczba tych leków i wskazań jest ograniczona.

Nie jest tak, że lekarz rodzinny przepisuje leki onkologiczne – być może, w niektórych przypadkach. Najczęściej, jest to jakaś grupa leków i chyba nie jest jakimś problemem zorientować się w obrębie tej grupy odnośnie do odpłatności, czy... Ja też jestem za tym – akurat w tej kwestii po części zgadzam się z panem ministrem – żeby ten proces jakby odkodowywania poziomu odpłatności, preferencji pacjenta, był bardziej czytelny, i też prosimy o to ministerstwo.

I wreszcie kwestia dotycząca odpłatności za długodziałające analogi insulin. Panie ministrze, z całym szacunkiem, ministrowie, w tym również pan – a współpracowaliśmy długi czas i sobie tę współpracę chwalę – rozliczani są z tego, co zostało wdrożone, a nie z tego, co zamierzali. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. I tym sposobem temperatura dyskusji się podgrzała, a, niestety, pewne sprawy trzeba dodatkowo uzupełnić i wyjaśnić. Otóż, szanowni państwo, i mój szanowny kolego, tak się składa, że chciałbym, aby co dwa miesiące w Polsce wdrażano nowe nowoczesne leki. Problem polega na tym, że i po dwóch latach tego się nie robi. Jest wiele przykładów, choćby z zakresu onkologii, o których tu mówiliśmy, i to, po pierwsze, nie tylko AOTM jest pewnego rodzaju blokadą mając dwa lata, niewiadomo dlaczego i po co, na wydanie swojej opinii, ale nawet w przypadku opinii pozytywnej, ale i w wielu innych przypadkach, leki wdrażane nie są. Pani poseł Hrynkiewicz o to zapytała, ja nieco uzupełniłem. Pytał o to pan Poliński. I tych pytań pewnie będzie więcej, bo fakty mamy takie, że w Polsce, w przeciwieństwie nie do Niemiec, Szwajcarii czy wielu innych krajów, ale do naszych krajów ościennych, nie korzysta się z wielu nowoczesnych leków, z wielu nowoczesnych terapii. a więc nie jest tak, że co dwa miesiące gonimy świat, jesteśmy liderami i wdrażamy nowe rzeczy. Niestety. To, po pierwsze.

Po drugie, jeśli chodzi o Charakterystykę Produktu Leczniczego, bo o tym mówimy – wspominał o tym pan minister Twardowski – to tak się składa, że pan minister Arłukowicz, po wielu protestach i wielu burzliwych dyskusjach, również na posiedzeniu Komisji, i wielu opiniach, nawet ponad podziałami, w kuluarach, że rzeczywiście należy rozszerzyć te wskazania do stosowania leków... I było to podnoszone przez wiele środowisk medycznych, a zwłaszcza lekarze z Komisji, jak myślę, doskonale o tym wiedzą, że to nie chodzi o robienie dodatkowych badań, i to nie jest to, że producent ma udowodnić skuteczność danego leku w innej jednostce chorobowej, tylko opieramy się na badaniach naukowych popartych wieloletnim doświadczeniem, zanim te leki są stosowne. Jest przykładów co niemiara, że lek, który był początkowo stosowany zupełnie w innej jednostce chorobowej, jest następnie stosowany w innej albo w przeciwdziałaniu lub w swego rodzaju profilaktyce – na przykład, antyzakrzepowej, ale można też podać wiele innych przykładów. I to nie jest tak, że to wychodzi spod dużego palca, ani dlatego, że ktoś tak sobie w gabinecie lekarskim wymyślił, tylko są kongresy naukowe, są opracowania, wiele publikacji, które udowadniają, że dany lek w danej sytuacji stosować należy. I tylko o to ubiegało się środowisko medyczne, żeby w sprawach niepodlegających dyskusji móc dany lek stosować.

Jednak, jeśli już komentuję i zadaję pytania, to jeszcze jedno pytanie, panie ministrze. Dlaczego państwo zastosowali zasadę, też dość przewrotną niczym to, jak to się mówi, że jest kłamstwo, wielkie kłamstwo i statystyka? Stosujecie różnego rodzaju chwyty. Podam choćby jeden z nich, jeżeli chodzi o refundację, że lek jest w określonej postaci albo w określonej dawce refundowany, a w innej już nie, albo w jednej grupie pacjentów jest refundowany, a w innej nie. I tak się dziwnie składa, że w tej postaci, w której częściej jest wykorzystywany, albo w tej grupie pacjentów, w której częściej powinien mieć zastosowanie, akurat refundowany nie jest, a jest refundowany tam, gdzie grupa jest węższa, ale oczywiście można wykazać i powiedzieć, że mamy ten lek na liście leków refundowanych. Tyle, żeby nie wchodzić w szczegóły handlowe i nazwy handlowe.

Czy są jeszcze inne zgłoszenia? Pan, bardzo proszę.

Radca prawny w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej Wojciech Idaszak:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo – Wojciech Idaszak, radca prawny w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Krótko chciałbym tylko zwrócić państwa uwagę na dość istotny w mojej ocenie fakt, iż przedstawiony Wysokiej Komisji dokument jest niepełny, ponieważ ustawa refundacyjna w sposób oczywisty regulowała sektor leków refundowanych. Niemniej jednak jej skutki dotknęły również leków pełnopłatnych. Jak wskazują dostępne analizy przygotowane przez wyspecjalizowane firmy badające ruch na rynku leków refundowanych i na rynku leków w ogóle, te skutki, zwłaszcza dla pacjentów, wprowadzenia ustawy refundacyjnej w sektorze leków pełnopłatnych są dość istotne i wcale niekoniecznie korzystne dla pacjentów. Natomiast, przedstawiana informacja w ogóle pomija ten aspekt, jeśli chodzi o skutki ustawy refundacyjnej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan prezes Kucharewicz, proszę.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, w zasadzie ustawa refundacyjna najbardziej dotknęła polskie apteki i polskich pacjentów. My popieraliśmy ustawę refundacyjną. Jak państwo pamiętają, popieraliśmy wprowadzenie sztywnych cen, jednakowych marż, jednakowych odpłatności, bo chcieliśmy, żeby ten bałagan, który panował na rynku leków refundowanych, i w ogóle na rynku leków, został jak najszybciej uporządkowany. Wspominamy sprzedaże jednogroszowe, jednozłotówkowe, dopłaty do leków – to jest kuriozalna sytuacja. Dlatego popieraliśmy tę ustawę.

Popieraliśmy też – jak państwo pamiętają – wprowadzenie zakazu prowadzenia programów lojalnościowych i zakazu reklamy aptek. Co się jednak okazało? Nawet wprowadzenie zakazu reklamy, nawet wprowadzenie zakazu stosowania programów lojalnościowych absolutnie nie spowodowało zniknięcia tego systemu z polskiego rynku. Niestety, uważaliśmy, że nadzór farmaceutyczny zbyt późno, i z nienależytą energią, przystąpił do egzekwowania tych zapisów. Jak państwo pamiętają, proponowaliśmy też wprowadzenie minimalnej kary za reklamę. Nie zostało to wprowadzone, 0 zł też jest karą. W związku z tym, egzekwowanie tego zakazu, jak widzimy dzisiaj, w pewnym sensie jest, ale tak naprawdę ta reklama do końca nie znikła. Nie znikły do końca programy lojalnościowe. Musieliśmy się męczyć z biurokratyczną machiną. Doprowadziliśmy do wyroków sądowych, i dopiero wtedy okazało się, że Naczelna Izba Aptekarska miała rację.

Nie zgodziliśmy się absolutnie ze sposobem liczenia marży i z jej wysokością w tabeli marż. Proszę państwa, sposób liczenia marży, oczywiście detalicznej, jest jedyny w swoim rodzaju, według mnie, nieznany w ogóle w innych systemach. Ten sposób liczenia marży doprowadził do tego, że aptekarstwo polskie znalazło się w zapaści.

Chcę państwu powiedzieć, że ta ustawa refundacyjna jest w zasadzie systemem zaciskania pasa. Jak mówiłem podczas prac nad tą ustawą, zarówno w podkomisji, jak i Komisji, jest swego rodzaju paskiem zaciskającym się na kręgosłupie aptekarstwa polskiego. I ten pasek doprowadza już do tego, że kręgosłup jest przecinany. Śmiem nawet postawić tezę, że te zapisy, które wprowadziliśmy, tak naprawdę są po to, żeby znikło indywidualne aptekarstwo polskie na rzecz usieciowienia aptekarstwa, spowodowania przejęcia rynku przez monopole. Bo dzisiaj, tak naprawdę, marża apteczna jest prześmieszna. Dzisiaj wielu aptekom, które funkcjonują w sieciach, pacjent w aptece jest niepotrzebny. Pacjent jest niepotrzebny, proszę państwa, bo zarabiają na współpracy z hurtowniami. Sytuacja jest niestety taka, że hurtownie mają własne apteki. Funkcjonował, funkcjonuje, i myślę, że będzie funkcjonować eksport, mimo wszystko.

Dzisiaj prowadzić indywidualną aptekę, to tak naprawdę być skazanym na porażkę. Nie można dopuszczać do sytuacji, że marża jest liczona od limitu, a limit permanentnie spada. My mamy być placówką ochrony zdrowia publicznego, a tak naprawdę nie pozwala się aptece spełniać swojej roli, bo apteka musi być silna ekonomicznie. Apteka trwa, ale, czy to jest cel działania apteki i służenia polskiemu pacjentowi. Chyba nie.

Państwo mówią, że aptekarstwo dobrze zarabia. Podam państwu dwa przykłady marż, jakie osiągnęła polska apteka w przypadku Zocoru. W 2011 r. marża wynosiła

4,55 zł, a w 2015 r. wynosi 1,62 zł – spadek marży o 64%. Simvasterol – marża w 2011 r. 3,78 zł...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Panie prezesie, bardzo bym prosił nie wchodzić w takie szczegóły...

Prezes NRA Grzegorz Kucharewicz:
Panie przewodniczący...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Nie. Ja bardzo proszę o niewchodzenie w szczegóły dotyczące konkretnych leków. Pan dość jasno wyraził swoją opinię w tej sprawie, ale prosiłbym jednak tego unikać.

Prezes NRA Grzegorz Kucharewicz:
Dobrze. Panie przewodniczący, wszedłem w szczegóły, bo moi poprzednicy wchodzili, ale postaram się teraz...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Nikt nie mówił o konkretnych lekach.

Prezes NRA Grzegorz Kucharewicz:
Dobrze, panie przewodniczący. Ustawa refundacyjna wprowadziła obwieszczenie i przeceny leków systematycznie co dwa miesiące. Niestety, nie ma żadnej rekompensaty szkód ponoszonych przez apteki w związku ze zmianą wykazu leków refundowanych. Chcieliśmy, żeby te koszty, które ponosiliśmy w przypadku przecen leków, były ewentualnie odpisywane od podatku. Okazuje się, z informacji, które nieoficjalnie dostałem, że ministra finansów ogarnął pusty śmiech na tę propozycję. Chcę tylko państwu powiedzieć, że w 2012 r. ogólne koszty przeceny zapasów magazynowych w aptekach wynosiły 90 mln zł. W 2013 r. przekroczyły 59 mln zł. To są skutki tej ustawy, proszę państwa. I to są skutki ponoszone przez aptekarzy.

Proszę państwa, dzisiaj mówi się, że jest wielki sukces, bo spada odpłatność dla pacjenta. A ja państwu powiem, jak to wygląda naprawdę. Odpłatność za opakowanie, jeżeli weźmiemy od uwagę tylko leki refundowane, faktycznie spadła o 2% – z 32% w roku 2011 do 30% w roku 2014. Nie można jednak brać pod uwagę wyłącznie leku refundowanego. Trzeba brać pod uwagę całkowite wydatki na leki, a więc i leki refundowane, wypisane przez lekarzy, niestety, na 100%, co jest bardzo popularne, bo wtedy te recepty nie idą w systemie XML do kontroli. Wtedy odpłatność za leki wynosi już 38% za jedno opakowanie. A jeżeli weźmiemy pod uwagę leki 100-procentowe, to odpłatność za jedno opakowanie wzrasta do 57%. A jeśli weźmiemy jeszcze pod uwagę leki OTC, bo teraz lekarze bardzo często wypisują leki OTC i suplementy diety, to ta odpłatność wzrasta do 72% za opakowanie. I taka jest brutalna rzeczywistość.

My uważamy, że... Cały czas liczyliśmy na te zapowiedzi, na to, co rząd obiecywał podczas prac nad ustawą refundacyjną, że po dwóch latach nastąpi wstępna ocena skutków działania ustawy refundacyjnej. Proszę państwa, licząc od 2012 r., powinno to nastąpić na początku 2014 r. Dzisiaj mamy półtora roku opóźnienia. I nikt nie chce zdawać sobie z tego sprawy, i przyłożyć się do tego, aby jednak ratować polskie aptekarstwo, bo dojdziemy do sytuacji takiej, że usieciowienie spowoduje, że kapitał zagraniczny wykupi, po pierwsze, hurtownie, po drugie, polskie apteki, a wtedy każdy rząd, obojętnie, kto będzie sprawować władzę, czy obecna koalicja, czy przyszły koalicjant, będzie postawiony pod ścianą.

Proszę państwa, nie możemy do tego dopuścić. Musimy jak najszybciej przystąpić do prac nad kompleksowymi zmianami nie tylko samej ustawy refundacyjnej, ale i prawa farmaceutycznego. Trzeba, przede wszystkim, przywrócić apteki dla aptekarzy...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Prosiłbym zmierzać do puenty, panie prezesie, bo długo pan mówi...

Prezes NRA Grzegorz Kucharewicz:
Już kończę. Panie ministrze, trzeba naprawdę pilnej i szybkiej pracy nad całą ustawą refundacyjną i przywrócenie apteki dla aptekarza, demografii, geografii. Trzeba skoń-

czyć z tym systemem, żeby w polskim systemie rejestracji leków było 70 preparatów Simvastatytny. Po co tyle rejestrować? Po co taki bałagan na polskim rynku? Dlaczego doprowadziliśmy do tego, żeby w polskich sklepach ogólnodostępnych i stacjach benzynowych były sprzedawane takie ilości leków? Nikt tego nie kontroluje. W ponad 130 tys. punktach sprzedaje się leki. Tam nie ma absolutnie żadnej kontroli, ani inspekcji...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Panie prezesie, bardzo proszę zmierzać do puenty.

Prezes NRA Grzegorz Kucharewicz:
...bo nie ma takiej możliwości. Puenta jest taka – albo przystąpimy bardzo szybko do prac zarówno nad ustawą refundacyjną, jak i ustawą – Prawo farmaceutyczne, albo wszyscy będziemy w czarnej dziurze Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Dziękuję. W tej kadencji Sejmu na te prace nie ma szans. Być może w kolejnej kadencji. Zapewniam pana prezesa, że są środowiska polityczne, które myślą o tym, żeby poszczególne apteki mogły dobrze funkcjonować, że nie chodzi wyłącznie o sieci.

Prezes NRA Grzegorz Kucharewicz:
Wiem. Panie ministrze, jeszcze jedno...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Bardzo proszę, kolejne zgłoszenie... Naprawdę, panie prezesie, mówił pan 10 minut.

Prezes NRA Grzegorz Kucharewicz:
Ale siedzimy, panie ministrze, bardzo długo...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Kolejne zgłoszenie. Proszę uprzejmie.

Członek Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą Anna Kobyłecka:
Anna Kobyłecka, Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Proszę mówić blisko do mikrofonu, i proszę się przedstawić jeszcze raz. Proszę pochylić mikrofon, żebyśmy wszyscy słyszeli.

Członek Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą Anna Kobyłecka:
Anna Kobyłecka, Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą. Chciałabym poruszyć temat refundacji leków w chorobach rzadkich, czyli leków skierowanych do małej grupy pacjentów.

Jest taki zapis w ustawie refundacyjnej, który obliguje firmy farmaceutyczne do występowania o refundację. Koszt tego procesu jest bardzo wysoki. Na przykład, producenci, którzy mają nawet stosunkowo niedrogie leki – nie są to leki nowej generacji – nie występują o to, ponieważ koszt złożenia tego wniosku ich przerasta. Koszt opłaty administracyjnej to 150 tys. zł plus 200-300 tys. zł koszt złożenia dokumentacji, która jest wymagana. Zatem, oni tego nie robią. Chorzy tracą na tym, ponieważ w mukowiscydozie nie ma refundowanego dostępu do soli hipertonicznej, do witamin, które są niby suplementem diety, ale w mukowiscydozie są lekiem, ponieważ organizm nie wchłania... Jest tylko jeden zestaw witam, sprowadzany ze Stanów Zjednoczonych, które są wchłaniane w mukowiscydozie. Nie mamy również refundowanego enzymu trzustki Kreon 10.000. Kreon 25.000 jest refundowany, natomiast 10.000 nie. Jest to bardzo znaczny koszt miesięczny.

Jeśli chodzi o leki nowej generacji, uważamy, że w chorobach rzadkich, według polskich standardów, są one nieefektywne kosztowo. Tak są oceniane. Od lat mamy problem z Tobramycyną, która w wielu krajach Europy jest stosowana w leczeniu standardowym – jest dostępna na receptę. U nas jest dostępna, ale w programie lekowym, który jednak jest tak restrykcyjny, że z 1600 zarejestrowanych chorych z tego programu skorzysta może 50-60 osób. Jest to mało. Chorzy organizują zbiórki. Na własną rękę zbierają pieniądze, żeby ten lek pełnopłatnie kupić. Stosowany jest on w cyklu takim, że 28 dni się

go bierze i 28 dni jest przerwy. Koszt jednego opakowania wynosi 5 tys. zł, plus dodatkowe inne leki, suplementy diety. Koszt leczenia wynosi naprawdę kilka tysięcy złotych u chorych, którzy są w gorszym stanie...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Prosiłbym, żebyśmy nie mówili o konkretnych lekach, tylko o zjawiskach, które są. Nie chciałem pani przerywać, ale to też apel do wszystkich następnych osób, które będą zabierać głos. Bardzo proszę, kolejne zgłoszenie.

Wiceprezes NRA Alina Fornal:

Alina Fornal, Naczelna Izba Aptekarska, wiceprezes. Szanowni państwo, chciałabym uzupełnić w kilku słowach statystykę dotyczącą sytuacji aptek i polskich pacjentów po wprowadzeniu ustawy refundacyjnej.

Od 2011 r., na przestrzeni lat od 2012 do 2015, na terenie kraju zostało zamkniętych 2868 aptek. Cały czas ogromnie zwiększa się liczba aptek, bo gdybyśmy te apteki odjęli, to mielibyśmy liczbę aptek na poziomie 12 tys., a mamy ponad 14,5 tys. Na przykładzie analizy samego województwa mazowieckiego, w którym jestem prezesem, sytuacja na początku wyglądała tak, że mieliśmy 1657 aptek. W tej chwili mamy ich 1791, ale, gdybyśmy odliczyli te, które się zamknęły, powinniśmy mieć 1418. Proszę państwa, prawie 400 aptek zostało utworzonych albo przez sieci, albo przez przedsiębiorców, którzy zamierzali wywozić leki, i na tym zarabiali ogromne pieniądze. Natomiast, sytuacja aptek małych kończyła się tak, że na terenie województwa mazowieckiego zamknięto 240 aptek. Zatem, w małych miejscowościach, ale również w większych miastach apteki są zamykane przez aptekarzy.

Natomiast sytuacja kadrowa w aptekach, które są duże, sieciowe, wygląda tak, że firma zatrudnia dwóch magistrów farmacji. Często, jeżeli jeden ma dzień wolny – odbiera dzień albo ma urlop – to drugi pracuje 12 godzin. Ponieważ jest ruchomy czas pracy, może to tak wyglądać. Wtedy farmaceuta pracuje w aptece 12 godzin. Myślę, że nie jest to zbyt bezpieczne dla pacjentów. To, po pierwsze. Poza tym, w tych aptekach pracuje najczęściej od sześciu do dwunastu techników farmaceutycznych. A teraz, proszę państwa – przyzna to pan minister i wszyscy państwo o tym wiedzą – zostanie zamknięte szkolenie tej grupy pracowników medycznych, chociażby z tego względu, że to są głównie osoby, które kończą tylko szkołę policealną, nie mają nawet matury.

Pytam więc, po co został ustanowiony ten zawód zaufania publicznego na równi z lekarzami, architektami, prawnikami itd.? Tych zawodów wymienionych w konstytucji jest 17. Po co został nasz zawód ustanowiony jako zawód zaufania publicznego, żebyśmy pilnowali interesu pacjenta, jeżeli przez przesunięcie wszystkich kosztów i problemów na apteki, bo ustawa antywywozowa obciąża też głównie nas, bo mamy przekazywać wszystkie raporty... Hurtownie broniły się rękami i nogami, chociaż mają systemy informatyczne, a wszystko zostało przerzucone na apteki. Znowu zgodziliśmy się na to, bo chcemy, żeby był jakiś porządek na rynku. I nikt nie słucha tego, że pacjenci są w tej chwili leczeni setkami suplementów diety, których działanie lecznicze jest wątpliwe, a na dodatek, większość tych preparatów jest wprowadzana do obrotu bez żadnej kontroli. Pan prof. Fijałek z Narodowego Instytutu Leków na wielu posiedzeniach Komisji przedstawiał, ile produktów jest fałszowanych, ile zawiera substancje, które w ogóle nie powinny znajdować się w tych produktach, a ile z tych produktów nie zawiera w ogóle substancji deklarowanych przez producenta. I w takiej sytuacji ekonomicznej, w jakiej są apteki, jeżeli zostawiamy przedsiębiorcom produkującym, hurtowniom...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowna pani prezes...

Wiceprezes NRA Alina Fornal:

Panie pośle, ja tylko...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie. Czas się kończy. Rozmawiają państwo 25 minut o innej ustawie, o prawie farmaceutycznym...

Wiceprezes NRA Alina Fornal:

Nie, to są skutki ekonomiczne...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

My naprawdę mamy wielki szacunek, bo wiemy, że to jest bardzo ważny problem, ale nie trzeba nam tłumaczyć 10 razy tego samego, bo usłyszeliśmy to w pierwszych pięciu minutach wystąpienia pana prezesa. Ja też widzę ten problem. Widzę te zagrożenia. Nie muszą państwo powtarzać tego 5 razy, tym bardziej, że temat tego posiedzenia Komisji jest inny, chociaż jest to bardzo ważne.

Czy są inne zgłoszenia? Jeżeli nie ma, to bardzo proszę, panie ministrze, o odpowiedź na postawione pytania.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, dziękuję za liczne pytania i ciekawą dyskusję. Czy mam skończyć przed godziną dziewiętnastą, panie przewodniczący?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Może pan skończyć trochę po godzinie dziewiętnastej. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

To będzie trudne...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Wiem, że będzie to trudne, panie ministrze. Można było wcześniej dać materiały.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Materiały zostały przesłane w terminie. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, może odniosę się do najczęstszych pytań w merytorycznej odpowiedzi.

Pytanie, które zadał pan przewodniczący, rzeczywiście było dobre i trafne. Dziękuję za nie. Pan przewodniczący zapytał, jak to jest z terapiami, które maja pozytywną rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych, a czasami nie są refundowane albo nie były refundowane lub w różnych kombinacjach... Na to często zwracają uwagę środowiska społeczne.

Postawiłbym taką tezę, że my nasz system refundacyjny ciągle rozbudowujemy i w tym kluczowa i olbrzymia jest rola Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – od tego roku – której zadaniem jest ocena technologii medycznych, nie tylko potwierdzenia skuteczności klinicznej, bo to jest oczywiście etap rejestracji leku. Jest to bardzo istotny element oceny technologii medycznych w kontekście innych technologii aktualnie dostępnych, często lekowych i nielekowych, stosowanych w określonym schorzeniu.

My ciągle rozbudowujemy ten nasz kapitał umiejętności korzystania z Agencji. Widzę olbrzymi postęp w rekomendacjach, które były wydawane dwa lata temu, i któż są wydawane dzisiaj, gdzie jednym z najbardziej istotnych elementów oceny HTA jest nie tylko potwierdzenie skuteczności klinicznej i ustalenie pozycji konkretnego produktu leczniczego w cyklu czy sposobie leczenia ludzi, ale także ustalenie, czy dana technologia jest efektywna kosztowo, i jaki jest jej wpływ na budżet. To jest bardzo istotne z punktu widzenia podstawowej zasady, jaką kierujemy się w alokacji środków publicznych, czyli w zasadzie sprawiedliwości społecznej, bo każdy chory obywatel ma takie samo prawo dostępu do pieniędzy publicznych, w tym do pieniędzy w tak wrażliwym obszarze, jak refundacja cenowa. I to jest poniekąd odpowiedź na pytanie, które było w wystąpieniach pana przewodniczącego Hoca i wielu z państwa, którzy mówili o innowacyjnych technologiach albo o nowoczesnych lekach.

Pani poseł Hrynkiewicz zadała pytanie, ile jest takich nowoczesnych leków. Nie ma pojęcia leku nowoczesnego. Nie ma pojęcia leku innowacyjnego. To jest retoryka marketingowa sprzedaży, którą narzucają nam wszystkim koncerny farmaceutyczne. Chciałbym przekonać państwa do tego, żebyśmy to sobie uświadomili. Większość z nas na tej sali, to lekarze, więc my o tym doskonale wiemy, że lek ma być: skuteczny, bezpieczny dla pacjenta, możliwie najbardziej efektywny, dawać mało objawów niepożądanych, nie być toksyczny i być stosowany tak krótko, jak to tylko możliwe – bo przecież

wszystkie leki to ksenobiotyki. Wiemy o tym doskonale. W związku z powyższym, celem i pytaniem, które, tak naprawdę, zadajemy Agencji Oceny Technologii Medycznych i sposób, w jaki podejmujemy decyzje refundacyjne, to jest ustalenie, po pierwsze, czy dana technologia jest dobra, bo jest skuteczna, bezpieczna, czy jest technologią, która spełnia kryteria nieodebrania chorym na inną chorobę dostępu do środków publicznych. Dlatego wprowadzono kryterium koszto-efektywności – wpisane do ustawy – które oceniamy na poziomie trzykrotności produktu krajowego brutto per capita, uzyskiwane za jeden rok życia w dobrej jakości, czyli za 1 QOLIE. I to jest fundament wszystkich decyzji refundacyjnych. Ja na tej podstawie jestem w stanie przed Wysoką Komisją tu, publicznie, albo na piśmie, w stosunku do każdego leku, o który państwo zapytają, odpowiedzieć na pytanie, dlaczego on jeszcze nie został zrefundowany albo, dlaczego jego refundacja nie była możliwa w określonej sytuacji. Dlatego, że ten lek albo nie był wysoce efektywny, albo nie był lekiem, który był bezpieczny, albo nie spełniał tego kryterium relacji efektywności do kosztu. I to jest bardzo ważne.

To jest też odpowiedź na pytanie pana przewodniczącego Hoca, dlaczego żadna z tych cząsteczek nie trafiła do psychiatrii. Bo nie było przez te lata, panie przewodniczący, takiej cząsteczki – a już cztery lata zajmuję się w ministerstwie polityką lekową – która spełniałaby te kryteria, chociaż nad wieloma wnioskami procedowano. A to jest też odpowiedź...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeszcze tylko jedno pytanie dodatkowe, panie ministrze. Proszę w takim razie, skoro pan idzie tym tokiem rozumowania, odnieść się do faktu, że są leki, które są stosowane niemal we wszystkich krajach unijnych, a u nas nie. Gdyby pan był uprzejmy również do tego się odnieść.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

To musimy rozmawiać o konkretnych lekach, dlaczego tak się dzieje i porównać, panie przewodniczący... Oczywiście, funkcjonujemy w naszym kraju, gdzie mamy jakiś system podatkowy, jakąś wielkość wpływu do Narodowego Funduszu Zdrowia. Pamiętajmy o tym, że mamy ustaloną składkę zdrowotną, którą wszyscy odprowadzamy, i jesteśmy krajem o określonej zamożności, co powoduje, że budżet NFZ należy do jednego z najmniejszych w skali krajów OECD, w którym jesteśmy...

Wiceprezes zarządu Fundacji Onkologicznej Ludzi Młodych ALIVIA Agata Polińska:

Ale środki przeznaczone na refundację leków są niewykorzystywane...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja zapytałem wszystkich państwa, kto chce się zgłosić do dyskusji. Można było się zgłosić. Proszę więc teraz nie wchodzić w tego typu polemikę. Można będzie się jeszcze zgłosić, jeżeli czas nam na to pozwoli. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

W związku z powyższym, to jest też pytanie, które przedstawiciele jednej z Fundacji – zresztą jest tu na sali pan prezes Fundacji – zadali ministrowi zdrowia niedawno, po pewnym raporcie firmy doradczej. Postawiono tam taką tezę, że można by było przedłużyć życie wielu osobom, gdyby refundowano te leki. Jest to teza nieprawdziwa. Udowodniłem w odpowiedzi Fundacji, że jest to teza błędna a priori, dlatego że te wszystkie leki, które są w stanie przedłużyć życie pacjentom, które są rzeczywiście efektywne klinicznie – stawiam taką tezę, będę jej bronić i ją obronię, panie przewodniczący, proszę nie kiwać głową – są w Polsce refundowane. Co więcej, te leki, które odpadły w procesie refundacyjnym, to są leki, które zostały ocenione za mniej korzystne dla pacjentów, za mniej efektywne. Zawsze jest wybór refundacyjny – albo jedna technologia, albo druga – ale tylko racjonalna ocena HTA, tylko racjonalna ocena efektywności i wpływu...

To nie jest baju baju, panie przewodniczący. To są konkretne dane. Jeżeli pan mówi o technologach, które nie mają udowodnionego wpływu na przedłużenie życia, szczególnie w onkologii, tylko mają wpływ na surogaty, czyli na pośrednie punkty badania klinicznego, wskazując na różnie zdefiniowaną progresję procesu chorobowego, ale nie mają wpływu na przeżycie całkowite, nie mają wpływu na jakość życia, to są to technologie, które siłą rzeczy minister zdrowia odrzuca.

I jeszcze jedna uwaga do tego wywodu. Sprzeciwiam się temu, i jestem pewien, że będzie to robić każda osoba na moim stanowisku w przyszłości, niezależnie od barw politycznych, że celem Ministra Zdrowia jest racjonalizacja terapii i leczenia, czyli umożliwienie chorym szerokiego i dobrego dostępu do technologii lekowych skutecznych i bezpiecznych, ale takiego, który opiera się na aktualnej wiedzy medycznej. Nie jest celem samym w sobie napędzanie jak największej konsumpcji. Nie jest naszym celem to, żeby Polacy wykupywali jeszcze więcej leków i przyjmowali ich jeszcze więcej opakowań per capita na rok, na miesiąc, bo są to działania wręcz szkodliwe dla zdrowia. Wiemy o tym, że u osób w wieku po 65 roku życia – niektórzy geriatrzy tak szacują, i są takie dane światowe – co trzecia hospitalizacja jest wynikiem interakcji lekowej, czyli, intoksykacji wynikającej z przyjmowania za dużej ilości leków jednocześnie.

Nie zgadzam się także z tezą, którą postawił pan przewodniczący, że statystyka to kłamstwo. Pan powiedział jeszcze, że boimy się dyskusji. Jestem otwarty na dyskusję, dlatego zapytałem, jaką perspektywę czasową dyskusji pan przewodniczący mi nakreśla – 12 minut – ale absolutnie nie obawiam się...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę mówić dłużej. Już mamy zgodę na to, żeby ewentualnie przedłużyć posiedzenie po godzinie 19.00 – widzę zgłoszenia – tylko chodzi o to, żeby coś z tego wynikło. Bardzo proszę kontynuować, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dobrze. A zatem, te dane statystyczne dotyczące sposobów konsumpcji leków przez Polaków i tych zmian, nie są danymi zakłamanymi. To są dane z Narodowego Funduszu Zdrowia. To są dane, które wynikają z kwot, które pacjenci faktycznie ponoszą przy kupowaniu leków w aptekach. I jesteśmy pewni tego, że te kwoty, które wydają, z miesiąca na miesiąc są coraz mniejsze. Jakkolwiek mamy też pełną świadomość tego, że one mogłyby być jeszcze mniejsze, gdyby pacjenci częściej korzystali z zamiennictwa aptecznego, ale także wtedy, gdyby w ich świadomości, ale także świadomości lekarzy – i tu upatruję wielkiego wyzwania po stronie nas wszystkich – nie było częste przekonanie, że leki generyczne są innej albo gorszej jakości niż leki producenta, który miał prawo ochrony patentowej.

I tu wracam do tezy, którą postawił, i o czym mówił, pan prezes Cezary Śledziewski – polski przemysł farmaceutyczny jest przede wszystkim przemysłem generycznym, a tu wpływ ustawy refundacyjnej, mimo zmniejszenia rynku – co zresztą nie było wynikiem tylko ustawy refundacyjnej, ale w ogóle trendu ogólnoeuropejskiego w tym czasie – rzeczywiście spowodował przejęcie dużej części rynku przez polskich producentów. My staliśmy się krajem, gdzie substytucja generyczna jest jedną z największych w krajach europejskich, co ewidentnie jest czynnikiem dobrym dla rodzimego przemysłu farmaceutycznego. I jeśli widzimy w wielu dziedzinach, gdzie już udało się nam przekonać pacjentów, na przykład w leczeniu raka Imatynibem, że leczenie lekami generycznymi jest identycznie skuteczne, chociaż nazwy leków są inne niż te, do których pacjenci byli przyzwyczajeni, to teraz toczymy tę samą dyskusję w obszarze leków biologicznych i biopodobnych, gdzie z niepokojem zauważamy tendencję – ewidentnie próbę działań marketingowych – zapewnienia sobie pewnego dostępu do leków, przez budowanie fałszywego przekonania – mówię to świadomie – że leki biopodobne mają gorszą jakość albo są czymś innym niż leki biologiczne. Jest to absolutnie nieprawdziwa teza.

Co więcej, jednym z istotnych elementów ustawy refundacyjnej jest właśnie promowanie przemysłu biopodobnego i generycznego i jest to elementem, który powoduje większe możliwości wcześniejszego włączenia większej liczby pacjentów do określonych terapii, szczególnie biologicznych. Tym bardziej – o czym trzeba powiedziecie – że Polska jest jednym z ostatnich krajów Unii Europejskiej, gdzie jest tak doskonale rozbudowany przemysł farmaceutyczny, i tak dobry, z własną myślą i własną możliwością produkcji czy syntezy chemicznej, czy leków biologicznych. I tak naprawdę, tym, co dzisiaj powstrzymuje polski przemysł farmaceutyczny, są raczej utrudnienia dostępu czy blokowanie rynku wynikające z prawa patentowego. Oczywiście, nie śmiem powiedzieć, że prawo patentowe jest złe, ale, gdyby nie pewne ograniczenia, to mogłoby się okazać, że polski

przemysł farmaceutyczny już dzisiaj jest zdolny do tego, żeby produkować API tych najnowocześniejszych cząsteczek, które ciągle są objęte ochroną patentową.

Pan przewodniczący poruszył też kwestię 5-procentowej marży. Chciałbym odpowiedzieć na to pytanie, żeby rozwiać wszystkie wątpliwości. Pamiętam konferencję pana przewodniczącego – nie wiem tylko, czy pan złożył to doniesienie o popełnieniu przestępstwa, czy nie. Jeśli pan złożył, to bardzo dobrze. Czekamy na niezawisłe wyjaśnienia organów do tego przeznaczonych...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, żeby sprawa była jasna. Złożyłem, bo tak wynika z ustawy o mandacie posła. Moim obowiązkiem w sytuacji, kiedy mam podejrzenie, jest takie doniesienie złożyć, a doniesienie jest mocno uprawdopodobnione, chociażby ekspertyzami, a także jasnymi i niepodlegającymi dyskusji zapisami ustawy, które państwo zinterpretowali, a nie zrobili stosownej poprawki, którą można było przecież Sejmowi zaproponować.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Spieszę, w takim razie, z wyjaśnieniami odnośnie do całej tej sytuacji. Po pierwsze, ustawa refundacyjna, którą uchwala Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, dotyczy prawa miejscowego. Dotyczy terytorium Rzeczypospolitej i nie dotyczy transakcji międzynarodowych, które dokonują się poza terytorium Rzeczypospolitej. Myślę, że tego nikomu nie trzeba tłumaczyć. A może trzeba to jeszcze raz powiedzieć.

Jeżeli zatem polska hurtownia, która, zgodnie z prawem Unii Europejskiej, może mieć magazyn na terenie Niemiec i z tego magazynu na terenie Niemiec sprzedaje do Holandii leki, których jest właścicielem, to siłą rzeczy absolutnie irracjonalne byłoby oczekiwać, że polskie prawo refundacyjne, w tym określona w Polsce sztywna marża hurtowa, będzie obowiązywać w transakcji, w której z niemieckiego Goerlitz ktoś sprzedaje leki do Holandii, mimo iż jest to polska firma, która ma swoją siedzibę w Warszawie. To jest jeden argument, który obala podejrzenie czy obawę o to, że marża mogłaby obejmować wszystkie transakcje, bo tak szeroka interpretacja wypłynęła, zresztą z jednej opinii z Biura Analiz Sejmowych, że praktycznie wszystkie transakcje, w których jakakolwiek polska firma bierze udział, są objęte tym zapisem ustawy.

Drugi element jest taki. Ponieważ marżę 5-procentową i zwolnienie z marży 5-procentowej z transakcji międzynarodowych błędnie utożsamiano z inspiracją czy stymulowaniem do wywozu leków z Polski, powiem, że 5-procentowa marża ma przede wszystkim działanie ochronne dla polskiego pacjenta, który, kupując w aptece lek na receptę, ma zagwarantowane, że cena leku w każdej aptece w Polsce będzie zawsze taka sama. Czy to będzie duża apteka, czy mała, sieciowa w centrum Warszawy czy w małej miejscowości mała rodzinna apteka, to cena refundowanego leku jest zawsze taka sama. A to dlatego, że minister ustalając urzędową cenę zbytu leku pozwala na to, żeby w całym łańcuchu dystrybucji hurtowej, ile by hurtowni tym lekiem obróciło, to do tej ceny można dorzucić nie więcej niż 5%. Następnie minister uregulował także marżę apteczną, w związku z powyższym, lek zawsze kosztuje tyle samo.

Ponieważ marża jest 5-procentowa, a leki, dzięki skutecznym negocjacjom komisji ekonomicznej i działaniu ustawy refundacyjnej, są jedne z najtańszych w Unii Europejskiej, to z łatwością znajdziemy takie leki, które za granicą są droższe niż w Polsce 5, a były przypadki, że i 10 razy. Jeśliby Komisja przedstawiła sobie teraz dwa skrajne warianty, że marża będzie wynosić 0% albo 100%, to jeżeli cena leku jest 1000% albo 500% większa za granicą niż w Polsce, to w obu tych wariantach regulacja marżą nie wpływa na zahamowanie wywozu leków z Polski. To się dalej opłaca.

Tym, co jest motorem firm wywożących leki z Polski, jest różnica w cenie i zysk, który uzyskują dzięki wywiezieniu leku i sprzedaniu go za granicą. Marża hurtowa i jej regulacja byłaby działaniem przeciwskutecznym albo generowałaby jeszcze większe patologie, ponieważ generowałaby różnego rodzaju usługi uboczne, dodatkowe, offsetowe – jakkolwiek je nazwiemy – które i tak nie będą weryfikowalne i regulowane w żaden sposób przez organy inspekcji podatkowej, ani farmaceutycznej, żeby je wychwycić jako praktyki omijania tego typu regulacji. W związku z powyższym, faktycznie to zjawisko, którego wielkość przyjęła niekontrolowany charakter, stało się zagrażające w przypadku

najczęściej powtarzających się nazw leków i niebezpieczne dla pacjentów z tego punktu widzenia, że faktycznie tych leków nie było w Polsce, zostało uregulowane dzięki inicjatywie poselskiej.

Tu jeszcze raz chciałbym podziękować panu przewodniczącemu i Wysokiej Komisji za doskonałą współpracę, bo ta nasza droga legislacyjna spowodowała wejście w życie nowych przepisów prawa od 12 lipca. Na razie obserwujemy, jak one działają. Widzimy, że apteki są przygotowane i czekamy wszyscy na efekt, który – jak się spodziewamy – w ciągu najbliższych tygodni będzie widać, że jednak tych leków nie brakuje. I to jest ta kwestia marży 5-procentowej. Pozwolę sobie już ją zostawić. Jeżeli ktoś z Wysokiej Komisji ma jeszcze pytania, chętnie wyjaśnię, jeżeli powiedziałem coś, co jest niejasne w tej kwestii.

Pan przewodniczący Hoc mówił... Jeszcze oszczędności – podpowiada mi pan dyrektor. Pojawiało się wielokrotnie pojęcie oszczędności. Oczywiście, ono w debacie politycznej, w gorącym okresie kampanii wyborczej, znajduje swoje uzasadnienie, ale pamiętajmy jednak – o co wnoszę – że oszczędności to pojęcie raczej gospodyni domowej, która może sobie na coś zaoszczędzić, wydać na inne cele. Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma żadnych oszczędności. NFZ jest instytucją powołaną do tego, żeby inwestować w zdrowie swoich obywateli – jak ktoś powiedział dzisiaj na tej sali – i służącą do wydawania pieniędzy. W związku z powyższym, wszystkie pieniądze, które są w NFZ, zostały i zostaną wydane.

Sytuacja w roku 2012 i 2013 w refundacji lekowej była taka, że wskutek dużej różnicy pomiędzy planem finansowym a rzeczywistą realizacją planu finansowego, wpłynęła do NFZ znacznie mniejsza kwota niż NFZ przewidywał w swoim palnie finansowym. A zatem różnica pomiędzy zaplanowanymi przychodami, których w efekcie nie było, a wydatkiem, to nie są oszczędności. To tak, jakbym sobie zaplanował – wracając, przepraszam, do przykładu gospodyni domowej... Jeśli gospodyni domowa zaplanuje sobie, że dostanie pensję 1000 zł i wyda 1000 zł na wakacje, ale zwolnili ją z pracy i nie dostała żadnej pensji, to ona nie ma oszczędności 1000 zł, tylko po prostu nie ma tych pieniędzy, które, jak myślała, miała mieć. Przepraszam za takie porównanie, ale to jest chyba najbardziej oczywisty sposób wyjaśnienia, dlaczego pieniądze, które planowano, nie zostały wydane. Nie zostały one wydane, ponieważ nie wpłynęły. Jednak – co bardzo istotne – zrealizowano 100% tego zapotrzebowania na leki, które zostało wyrażone w formie recept. To znaczy, nie ma w Polsce sytuacji, i nigdy nie było, że apteka nie dostaje pieniędzy za swoje rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia, ani nie ma pojęcia nadwykonań na rynku leków. To są wszystko płatności realizowane na bieżąco, i każdy pacjent, który przychodzi z receptą do apteki, może otrzymać swój lek w aptece – pomijając kwestię, że niekiedy apteka potrzebuje trochę czasu, żeby ten lek ściągnąć. Nie ma jednak takiej sytuacji, żeby pacjent nie otrzymał swojego leczenia z powodu braku pieniędzy w NFZ. To dotyczy oczywiście także katalogu chemioterapii. W programach lekowych mamy czasem sytuacje oczekiwania pacjentów w różnych ośrodkach i często tworzenia kolejki, ale to wynika z faktu kontraktowania i wady systemu kontraktowego.

Pan przewodniczący Hoc wspominał o tym, że współpłacenie za leki wynosiło w Polsce 34%, a według niektórych instytucji wynosi 39%. Pamiętajmy o tym, że to jest procent całości leku. To, po pierwsze. Po drugie, dotyczy to wyłącznie kanału aptecznego, a w Polsce część leków, i to coraz większa, jest dystrybuowana i dostarczana pacjentom w ramach programów lekowych, w których pacjent dostaje lek za darmo. Na przykład, leki stosowane przez pacjentów w leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów w Niemczech są dostępne w aptekach, co skutkuje tym, że pacjent ma jakiś poziom współpłacenia i płaci. W Polsce pacjenci dostają te leki za darmo, w poradni. Dostają do ręki opakowanie leku w ramach programu lekowego i wychodzą z nim do domu. Zatem ten współczynnik 34 czy 39% nie obejmuje tych leków, które są udostępniane pacjentom nieodpłatnie do ręki w ramach odpłatności za programy lekowe, a jest to istotny element zmniejszający ten współczynnik. Choć prawdą jest, że 34% to jeden z wysokich współczynników – wśród krajów OECD jeden z najwyższych... Tak, jest jednym z najwyższych, ale pamiętajmy, że on – według obserwacji Ministra Zdrowia, co zawarłem w dokumencie – zmniejsza się. Jest rozbieżność między Ministrem Zdrowia a IMS w analizie rynku,

to po pierwsze... Ona wynika z tego, że IMS bierze pod uwagę wszystkie leki, łącznie z lekami na 100%, z lekami OTC. Najprawdopodobniej stąd wynika ta różnica – tak zakładam – ale też kwotowo te 34% się zmniejsza, dlatego, że zmniejsza się cena leku, o ile mówimy już dzisiaj o jednym opakowaniu do którego pacjent dopłaca mniej niż 9 zł.

Pan przewodniczący Hoc mówił znowu, że nie mamy refundowanych leków do leczenia nadczynności tarczycy. Panie przewodniczący, sprawdziłem, one kosztują około 20 zł... 30 zł, mówi pan przewodniczący. Ja zadałem to pytanie konsultantowi krajowemu. Był sceptyczny, jak pan przewodniczący wie, bo wysłałem panu pismo, które dostałem od pana profesora. Jeżeli jednak jest taka potrzeba społeczna, deklaruję publicznie, że jeżeli wpłynie do Ministra Zdrowia wniosek – zachęćmy razem firmy do tego, żeby to zrobiły – to oczywiście będzie procedowany. Zapytamy Agencję Oceny Technologii Medycznych. Ja uważam, że powinniśmy refundować te leki, które są potrzebne.

I to jest też przy okazji odpowiedź na pytanie, które padało w czasie dyskusji dotyczących w ogóle problemów refundacji, dotyczące refundacji leków, które są stosunkowo tanie. Rzeczywiście, w przypadku chorób rzadkich, takich jak mukowiscydoza, mamy kilka bardzo istotnych problemów. Jeden z nich jest taki – wspomniała o nim pani z Fundacji – że rzeczywiście czasem bariera cenowa wejścia dla firmy, która sprzedaje tani lek, powoduje nieopłacalność tego procesu, bo średnio trzeba zainwestować około 0,5 mln zł, żeby przejść całą procedurę. Jest to jeden z elementów hamujących. I ja stoję na stanowisku... Zresztą, przygotowując część przepisów dotyczących ewentualnej modyfikacji w kilku obszarach ustawy refundacyjnej – jak państwo pamiętają, był to jeden z tych obszarów, odnośnie do których uważamy, że powinny być zmienione w przypadku niektórych leków, gdzie wielkość rocznego obrotu nie gwarantowałaby firmie zwrotów z tytułu sprzedaży, pokrycia kosztów związanych z procedurą administracyjną. Tam rzeczywiście powinno się wprowadzić takie ograniczenie, żeby zmniejszyć obciążenia kosztowe dla tych producentów leków o najniższym obrocie. To jest zasadne, moim zdaniem, i zapewne w przyszłości trzeba tak zmodyfikować ustawę refundacyjną.

Z drugiej strony, mamy inny problem dotyczący chorób rzadkich. Mianowicie, chodzi o sytuacje – i to wyraźnie widać w przypadku mukowiscydozy – kiedy ten sam lek jest stosowany w różnych wskazaniach medycznych, bardzo szerokich, które wiążą się z mniejszym poziomem wiedzy medycznej na temat efektywności i zasadności refundowania w określonym wskazaniu. Tak właśnie dzieje się w przypadku mukowiscydozy. To jest jeden z olbrzymich problemów – mukowiscydozy i jeszcze kilku innych jednostek chorobowych – jakie mamy w zakresie, na przykład, kwasu ursodeoksycholowego, który minister zdrowia bardzo... Ja osobiście zaangażowałem się w dużą kampanię na rzecz nakłonienia producentów tych leków do refundacji we wskazaniach takich, jak mukowiscydoza, choroby dróg żółciowych – chodzi o PSC, PBC. Nagle okazało się, że jest olbrzymi problem, trudność nakłonienia wolnego rynku...

Jeśli mogę – korzystając z głosu publicznego – proszę także pana przewodniczącego o to, żeby wystąpienia, które posłowie często kierują do Ministra Zdrowia, kierować także do firmy, bo ja już wysłałem chyba 6 listów do firmy z prośbą o stworzenie nowego brandu, zadeklarowałem pomoc w przejściu skomplikowanej procedury administracyjnej, i ciągle to się nie udaje... Kwas ursodeoksycholowy. On ma rejestrację do rozpuszczania kamieni żółciowych. To jest główny rynek wszystkich producentów. Zapewne firmy oceniają wejście w reżym ustawy refundacyjnej jako ekonomicznie nieopłacalne strategicznie, ale cierpi na tym interes zdrowia pacjenta, a szczególnie dotkniętego chorobą rzadką. To jest problem bardzo istotny.

Pozwolę sobie – jak zasugerował pan przewodniczący – nie odnosić się do konkretnych przykładów refundacyjnych, jak Enzulatamid – mówił o tym pan przewodniczący – czy...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Prosiłbym, panie ministrze, o odniesienie się do pewnych zasad, które tu zostały zasygnalizowane, i mimo wszystko, skracanie wypowiedzi, bo być może będą jeszcze krótkie głosy ad vocem, a jest już 17 minut po godzinie 19.00.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Odnośnie do zasad, bardzo dziękuję za głos mówiący o tym, że powinno się sprawdzać co pewien czas leki, które już są objęte refundacją – sprawdzać ich efektywność kliniczną. Zresztą, w tych przepisach, myśląc o ewentualnych obszarach koniecznych do znowelizowania ustawy refundacyjnej, proponowaliśmy taki właśnie mechanizm sekwencyjnego, raz na 5 lat albo raz na 10 lat, obligatoryjnego przejścia drugi raz oceny ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych. Oczywiście, w intencji Ministra Zdrowia, jest to możliwe. Przy okazji wniosku o kontynuacji refundowania leków stosowanych w czerniaku, Minister Zdrowia właśnie wysłał do AOTM pytanie, czy zmieniła się wiedza medyczna odnośnie do stosowania wemurafenibu w drugiej linii leczenia czerniaka. Wówczas Agencja wskazała na to, że te dowody, niestety, nie są wystarczająco przekonujące. W związku z powyższym, mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów, zasadność terapii, zdecydowaliśmy się wówczas to wskazanie – leczenie drugie terapii – wyłączyć ze wskazań refundacyjnych, zawęzić to leczenie. To nie spotkało się z pozytywnym odbiorem społecznym – wszyscy o tym pamiętamy – ale mając też inne leki, i wiedząc, że ta technologia nie jest tak efektywna, zgodnie z sugestią Agencji, ta ocena i to działanie były słuszne.

Oczywiście, programy lekowe także wymagają czasami ponownego przejrzenia. Mówiąc o stwardnieniu rozsianym – o czym mówiła pani poseł Czeszejko – i o innych programach lekowych, jesteśmy pewni, że część programów lekowych pisanych nie przez urzędników Ministra Zdrowia, tylko przez ekspertów, konsultantów krajowych, konsultantów zewnętrznych, wybitnych profesorów... Jak okazuje się w praktyce, są one zbyt wąskie, utrudniające dostęp do leczenia, które jednak ze wskazań medycznych powinno było być rozpoczęte znacznie wcześniej.

Faktycznie dzisiaj część ekspertów potwierdza fakt, o którym mówili pan przewodniczący Hoc i pani poseł Czeszejko w drugiej linii leczenia stwardnienia rozsianego... Już nad tym pracujemy. W tej chwili działa zespół ekspercki. Spodziewamy się odpowiednich wniosków, jeśli trzeba będzie. I jestem przekonany, że ten program – zresztą tak samo, jak włączanie chorych na WZW C na podstawie badania elastograficznego – został zmieniony. W nowym programie już nie jest wymagana biopsja, a w programie interferonowym zapewne do najbliższego wydania listy zdążymy z taką samą zmianą tego programu. To jest odpowiedź na pytanie dotyczące biopsji i zmiany.

Pani poseł Okrągły. Niektóre elementy, takie jak odpowiednik, jak grupy limitowe, to są pojęcia ustawy, które doskonale sprawdzają się w praktyce. To właśnie definicje odpowiednika i budowania grup limitowych, a szczególnie budowania grup limitowych tak zwanych Combo, czyli wielocząsteczkowych, to są te elementy, które dają przestrzeń najsilniejszej konkurencji pomiędzy producentami leków, i tam obniżki cen są najwyższe. Zapewne dlatego – i to jest ta rozbieżność, którą zauważam i deklaruję w debacie ze stroną społeczną, jaką są przedstawiciele przemysłu farmaceutycznego – przemysł tych zapisów nie lubi. Nie lubi, bo one rzeczywiście wymuszają obniżenie cen. I to jest ta rozbieżność, że minister zdrowia ceni, przemysł mniej ceni, ale – ja wszyscy wiemy – kompromis na tym polega, że w pewnych obszarach jest się bardziej zadowolonym, a w innych mniej. I to jest ten element, który oceniam jako jeden z najbardziej efektywnych działań ustawy refundacyjnej. On spowodował to, na przykład, że jeśli Letrozol, który przed wejściem ustawy kosztował na poziomie 300 zł, to w tej chwili Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za opakowanie tych samych leków na poziomie 40 zł. To jest mniej więcej ten rząd wielkości. A zatem, ta zmiana jest olbrzymia.

Pani poseł Okrągły zapytała też o eradykację HCV. Rzeczywiście wiemy o tym, że mamy populację liczącą około 300 tys., która ma wirusa. Pamiętajmy, że jest to choroba, która jest długotrwała, i u części pacjentów dochodzi do wyleczenia po kilku a czasem kilkunastu miesiącach choroby. Jesteśmy przekonani odnośnie do tego, bo mamy około 50 tys. zidentyfikowanych chorych w Polsce. Oczywiście, rozpoczynamy leczenie od tych najbardziej potrzebujących, czyli z najbardziej zaawansowanymi zmianami włókniejącymi w wątrobie. Natomiast, sukcesywnie będziemy tę populację poszerzać. Badania przesiewowe populacyjne... To jest na tyle rzadka choroba, że badanie populacyjne przesiewowe chyba nie ma sensu, a nawet jestem przekonany, że nie ma sensu. Raczej

przesiew na zasadzie oportunistycznego skriningu, i to w wybranych populacjach, czyli osób definiowanych, które przyjmowały preparaty krwiopochodne przed rokiem 1990. Można sobie wyobrazić 4 czy 5 grup populacyjnych zdefiniowanych, które pomogą nam tę definicję dopracować.

To, co na pewno jest potrzebne w zmianach i kierunkach polityki lekowej wobec ustawy refundacyjnej, to, po pierwsze, dalsza substytucja generyczna i jej wzmocnienie, z walką o to, żeby ona obejmowała także leki biologiczne. O tym już mówiłem, i do tego wracam, bo uważam, że to jest najważniejszy obszar i dla polskiego przemysłu, i dla polskiego pacjenta. Leki generyczne są tak samo dobre i bezpieczne jak leki oryginalne, często produkowane w tych samych fabrykach. API jest produkowane przez tych samych producentów. Te leki są sprzedawane i konfekcjonowane w różnych fabrykach, mają inne strategie marketingowe, ale pod względem technologii jest to absolutnie ta sama technologia. Dotyczy to również leków biologicznych i biopodobnych – one też niczym nie różnią się od siebie.

Po drugie, to wystawianie mniej recept na leki za 100%. To zjawisko zawsze było. Ono rzeczywiście narosło. To chyba dialog społeczny niedoskonały albo, który się nie udał, szczególnie w roku 2012 – w roku ustawy refundacyjnej. Olbrzymie problemy w zrozumieniu niektórych zapisów ustawy spowodowały trend wzrostu – kilkuprocentowy, ale jednak wyraźny – wypisywania recept na 100%. Liczymy na wejście ustawy informatycznej, która promuje receptę... Dzisiaj Rada Ministrów ustawę przyjęła, więc spodziewamy się, że wejście systemu elektronicznego zmniejszy liczbę recept na 100%, a ciągle apelujemy do pacjentów, żeby upominali się, bo pacjent ubezpieczony ma prawo do tego ubezpieczenia i lekarz, który przepisuje mu z własnej woli, bez uzgodnienia z pacjentem, lek na 100-procentową receptę, podczas gdy ta sama technologia jest refundowana, jest działaniem pozbawiającym pacjenta prawa dostępu do leków. Dlatego działania edukacyjne, i działania informatyczne – moim zdaniem – najbardziej nam pomogą.

Pan poseł Czechyra zadał jeszcze pytanie, kiedy dzieci będą leczone na HCV. W tej technologii, którą objęliśmy refundacją, te preparaty nie mają rejestracji w przypadku dzieci. Spodziewamy się, że być może proces refundacyjny spowoduje, że poszerzy się nam liczba preparatów w następnym obwieszczeniu. Nie pamiętam teraz, czy tamte mają... Toczą się badania kliniczne na stosowanie u dzieci, trzeba więc się spodziewać, że to będzie. Przypominamy o refundacji off-labelowej, i zawsze jest ta możliwość.

Bardzo rzadko zdarzają się problemy z leczeniem dzieci lekami dla dorosłych. Często współpracujemy albo z firmą, jeśli jest off-labelowe zastosowanie, albo ze szpitalami, bo czasem tak się zdarza... Ostatnio była sytuacja dziecka, które miało absolutnie dorosłą chorobę. Jeśli dobrze pamiętam, chodziło o rzadki nowotwór przewodu pokarmowego, który w ogóle nie występuje u dzieci. Rzeczywiście, lek w ogóle nie jest refundowany u dzieci, bo one nie chorują na tę chorobę. Trzeba takie sprawy rozwiązywać indywidualnie, ale zwykle jest tak, że w szpitalach onkologicznych, które mają kontrakt na poziomie 200-300 mln zł, zakupienie terapii, której Fundusz nie zrefunduje, bo nie może, w praktyce nie jest istotnym problemem.

W sprawie listy leków, pani profesor Hrynkiewicz – jeżeli pani poseł pozwoli – odpowiemy na piśmie, dokładnie tłumacząc, dlaczego, które leki i dlaczego nie mówimy o lekach innowacyjnych tylko o skutecznych i jak zapewniamy dostęp do leków.

Rozumiem, że Fundacja ALIVIA i pan prezes Poliński otrzymali od nas niedawno odpowiedź. Na ich pytanie odpowiedziałem dzisiaj, i w tym liście.

Kolejne pytania. Naczelna Izba Lekarska – mamy wzrost zmian w lekach 100-procentowych. Rzeczywiście, ustawa refundacyjna spowodowała taki trend, że leki czasem wychodzą z reżymu ustawy refundacyjnej i wchodzą do segmentu niekontrolowanego marżą i ceną, ale nierzadko dzieje się tak, że to nie jest niekorzystne dla pacjentów, tylko korzystne. Pierwszy Montelukast – przypominam – który wyszedł z listy refundacyjnej i wszedł na wolny rynek, zaczął konkurować z tymi, które są refundowane i przez długi czas był lekiem najtańszym, chociaż 100-procentowo był poniżej poziomu dopłaty Narodowego Funduszu Zdrowia. Są to zdarzenia nowe, bo to wprowadziła ustawa refundacyjna, ale niekoniecznie one wszystkie są negatywne.

Bardzo długie, mocno polityczne wystąpienie pana prezesa Kucharewicza. Myślę, że ustawa refundacyjna spowodowała zmianę funkcjonowania wszystkich aktorów, którzy mają cokolwiek wspólnego z lekami, także aptek. Wprowadziła sztywne marże apteczne, które zaczynają się od 40%. Sądzę, że problemy aptek, które Wysoka Izba i Wysoka Komisja znają doskonale, są bardzo złożone. Tylko część z nich jest związana z ustawą refundacyjną, a znakomita większość z innymi działaniami rynkowymi, które nie mają nic wspólnego z ustawą refundacyjną. Jednakże obawiałbym się szafowania liczbą zamykanych aptek, bo ich powstaje więcej niż jest zamykanych, ale to jest złożony temat. Myślę, że to, co dzieje się na rynku aptek w tej chwili, mniej ma wspólnego z ustawą refundacyjną niż ze zmianami czy konsolidacją grup kapitałowych.

I jeszcze pan prezes, pan minister Twardowski, mówił o antybiotykach, że nie mogą być stosowane zgodnie z ChPL, czyli z Charakterystyki Produktu Leczniczego. Tak zrozumiałem słowa... Mogą być. Minister Zdrowia wielokrotnie o tym pisał. Chyba nawet ja podpisywałem jedno pismo do pana ministra. Traktuję więc to bardziej jako wystąpienie polityczne pana ministra niż merytoryczne w tym zakresie. Poruszył pan także kwestię ustawy o badaniach klinicznych. To jest inna ustawa. W międzyczasie pojawiło się rozporządzenie unijne. Ono w zasadzie ureguluje spory zakres badań klinicznych i poddaje pod wątpliwość zasadność tak wielkiej nowelizacji, którą wtedy przygotowano w Ministerstwie Zdrowia.

Poddał pan także pod wątpliwość konieczność częstych publikacji nowych obwieszczeń lekowych, bo to jest mechanizm, który jest dobry dla pacjentów. Ja się z panem fundamentalnie nie zgadzam, panie ministrze, dlatego że częste obwieszczenia są być może niewygodne dla lekarzy, ale są jedynym prostym narzędziem, które gwarantuje pacjentowi szybko dostęp do nowej technologii. Właśnie jednym z elementów i celów ustawy refundacyjnej było przyspieszenie procesu włączania do refundacji tych technologii, które są nowe. Jeżeli zatem dzisiaj procedujemy całe wnioski w okresie 180 dni, to te nowe leki, z którymi wszyscy zawsze wiążą nadzieję, bo to jest naturalne zjawisko, mają szansę przejść cały proces refundacyjny w 180 dni. I aczkolwiek niektóre z tych procesów się przedłużają, to Minister Zdrowia jest coraz sprawniejszy w procedowaniu tych wniosków, a znakomita większość tych wniosków, które dzisiaj wypadają ze 180-dniowego okresu procedowania, wynika z zawieszania tych wniosków przez wnioskodawcę, czyli przez koncerny farmaceutyczne. Myślę też, że dwumiesięczny cykl wydawania obwieszczeń jest dobry dla przemysłu, jest dobry dla pacjentów. I absolutnie nie zgadzam się z panem ministrem, że lekarze muszą przyzwyczajać się do nowych nazw leków, bo, cóż, medycyna zmienia się każdego dnia i wszyscy jesteśmy zobowiązani do tego, żeby stale podnosić swoje kwalifikacje, co jest zapisane w naszej ustawie zawodowej.

A ponieważ wystąpienie pana ministra Twardowskiego było bardzo polityczne, to na koniec pozwolę sobie na polityczną odpowiedź. Wydaje mi się, że 1,1 mld zł, które „Porozumienie Zielonogórskie” po ostatnich negocjacjach, i podwyżka na POZ... Minister Zdrowia przekazał od tego roku 1,1 mld zł więcej na podstawową opiekę zdrowotną. To jest koszt, który powinien wystarczyć na zaznajomienie się raz na dwa miesiące z nową listą leków, panie ministrze. Tym bardziej, że – jak donoszą media, i wszyscy o tym wiemy – niespecjalnie – wbrew temu, co obiecaliście ministrowi zdrowia – wykorzystujecie te pieniądze na badania pacjentów, tylko jednak na własny portfel. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Tak, szanowni państwo, widzę kilka zgłoszeń. Zaraz udzielę głosu ad vocem. W pierwszej kolejności posłowie, później zaproszeni goście. Od razu powiem, siebie też dyscyplinując, że te ad vocem powinny być bardzo krótkie.

Panie ministrze, po pierwsze, to brzmi tragikomicznie. Niestety, tylko takie mam skojarzenie. Pan – jako instytucja, jako osoba reprezentująca Ministerstwo Zdrowia – mówi o szybkim dopuszczeniu nowych technologii poprzez co dwumiesięczną zmianę list leków refundowanych, a jednocześnie mamy blokadę, niedopuszczenie pewnych leków na polski rynek – mówię o refundacji i o odpowiednim dostępie dla pacjenta. Przy okazji dotyczy to również programów lekowych, gdzie nie zawsze efekt ekonomiczny jest wyko-

rzystywany. Te same leki poza programami lekowymi spowodowałyby to, że mielibyśmy oszczędności, o które pan tak walczy, przy chociażby hospitalizacji i wizyt u lekarzy. To na marginesie. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa, odnośnie do ustawy refundacyjnej i konkretnie 5-procentowej marży. Panie ministrze, żeby było jasne, ja nie dyskutuję – bo to jest temat na osobną dyskusję – na temat racjonalności lub nieracjonalności tego, czy to powinno być tylko w kraju, czy nie tylko, czy zablokowałoby to wywóz leków, i w jakim stopniu – w ogóle nie o tym dyskutujemy, i tego nie dotyczy zawiadomienie – pewnej analizy, czy, co by było, gdyby... Swoją drogą, taką analizę trzeba by przeprowadzić. To dotyczy literalnie wyłącznie zapisów, które są w określonym artykule. Mogę panu podać wiele przykładów ustaw, gdzie jest zapisane – mimo że ustawa jest przyjęta przez polski parlament – i jest mowa o tym, że to dotyczy i dzieje się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, ewentualnie, że są jakieś wyjątki, jeśli coś nie dotyczy Rzeczypospolitej Polskiej. Są takie ustawy. I gdybyśmy chcieli zrobić takie zastrzeżenie, to zastrzeżenie to byłoby zapisane lub byłoby dopisane później. Tyle z mojej strony.

Jak powiedziałem, proszę, żeby nie było długich ad vocem. Pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Ja bardzo króciutko. Chciałabym zapewnić pana ministra, że nie uprawiam marketingu. Nie znam się na tym, po prostu. Natomiast pan rzeczywiście sam udzielił mi odpowiedzi, i to bym chciała bardzo wyraźnie podkreślić, mówiąc o tym, że właściwie lista leków refundowanych powinna być przewietrzana czy przeglądana raz na 5 może 10 lat. Jeśli więc pan tak mówi... Ja naiwnie myślałam, że ta lista jest permanentnie analizowana. Ma pan przecież różne instytuty naukowe, które mogą to robić. Ma pan Narodowy Instytut Leków, Agencję Oceny Technologii Medycznych, wobec tego, jest to jasne. Wydawało mi się, że to jest oczywiste, że w normalnym państwie tak się robi. Okazuje się jednak, że, niestety, tak się nie robi. I dlatego potem pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, kiedy jakiś lekarz w Rzeszowie zastosuje nowoczesną technologię do leczenia, nie oceni tej technologii, tylko wyśle 3 tys. ankiet i zgłosi sprawę do prokuratury. Zabierze karty pacjentom, zgłaszając to policji, prokuraturze, i różne inne rzeczy... Z wielkim zainteresowaniem obserwuję ten przypadek, który po prostu ośmiesza, panie ministrze, i pana, a prezesa NFZ w całości.

Zatem, bardzo dziękuję. To mi bardzo dużo wyjaśniło i dostarczyło mi następnych argumentów. Mam nadzieję, że nie była to wypowiedź polityczna, bo ja w takich się nie specjalizuję, i nie umiem tego robić.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan Poliński, bardzo proszę.

Prezes zarządu Fundacji Onkologicznej Ludzi Młodych ALIVIA Bartosz Poliński:

Chciałbym się odnieść do fragmentu, w który pan minister mówił o skuteczności leków. Myślę, że jest sprawą niezwykle poważną, jeżeli to jest faktycznie oficjalne stanowisko polskiego Ministerstwa Zdrowia, że Polska w tej chwili dysponuje takimi lekami, które są skuteczne i bezpieczne, natomiast każde inne, jeżeli chodzi o onkologię, są już nieskuteczne i niebezpieczne. Muszę powiedzieć, że ta myśl jest dość brawurowa, mając na uwadze to, że istnieją obiektywne dane, świadczące o tym, że dostępność do leków onkologicznych w Polsce jest na bardzo niskim poziomie w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Biorąc również pod uwagę fakt, że skuteczność leczenia onkologicznego w Polsce jest na poziomie, który, chociażby w Stanach Zjednoczonych, był na początku lat 70. ubiegłego wieku, muszę powiedzieć, że ten tok rozumowania mnie absolutnie nie przekonuje.

Uważam, że jest to naprawdę bardzo poważna sprawa, która być może wymaga szerszego nagłośnienia, że takie jest rzeczywiście oficjalne stanowisko polskiego Ministerstwa Zdrowia. To jest bardzo bulwersujące.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Teraz dwa zgłoszenia z Naczelnej Rady Aptekarskiej. Nie wiem, czy jedno... Jedna osoba. Pan prezes, bardzo proszę.

Prezes NRA Grzegorz Kucharewicz:

Panie przewodniczący, szanowny panie ministrze, szanowni państwo, postaram się mówić jak najkrócej. Pan minister twierdzi, że moje wystąpienie jest polityczne. Chcę tylko powiedzieć, że sposób liczenia marży, spadek marży, skutki tej marży, skutki przecen leków refundowanych – twierdzę to z całą odpowiedzialnością – to nie są sprawy polityczne. To jest, po prostu, nasza aptekarska rzeczywistość. I, niestety, nie mogę się z tym zgodzić. My cały czas wypowiadamy się merytorycznie, i będziemy się wypowiadać merytorycznie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Jeszcze pani Polińska...

Prezes NRA Grzegorz Kucharewicz:

Jeszcze, panie przewodniczący. Dysponujemy materiałami na temat skutków ustawy refundacyjnej w naszej ocenie, Naczelnej Izby Aptekarskiej. Jeżeli ktoś z państwa jest zainteresowany, to bardzo chętnie je udostępnimy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Jeszcze dla państwa informacji – w czwartek będzie posiedzenie poświęcone pakietowi onkologicznemu. Zakładam, że część spraw, które były tu dzisiaj poruszane, albo nie były poruszone, być może z braku czasu, pewnie będzie można poruszyć i przy tej okazji. Bardzo proszę, udzielam głosu – pani Polińska...

Pani prezes, zrozumiałem, że państwo uzgodnili, że mówi pan prezes. Tak zrozumiałem po państwa reakcjach... Proszę bardzo, pani prezes.

Wiceprezes NRA Alina Fornal:

Panie ministrze, systematycznie w naszych dyskusjach nie poruszaliśmy do tej pory problemu marży, bo mówiliśmy, że cały system i refundacji leków, i traktowania aptek, i w ogóle system gospodarki lekami w kraju wymaga zdecydowanie nowelizacji. Natomiast, jeśli pan przywołuje marżę 40%, to ta marża jest dla leków, których cena zakupu w limitowej grupie jest do pięciu złotych. My w przypadku zakupu tych leków mamy marżę 40 gr. Marża 40 gr jest zapłatą za wydanie recepty, za przekazanie wszystkich danych do Funduszu, za wszystkie elektroniczne zmiany, których to wymaga, za przeceny leków itd. Jest to więc nieporozumienie.

Natomiast, jeżeli zrozumiałam na dzisiejszym spotkaniu, że państwo nie oceniają tego systemu naliczania cen jako właściwego, będziemy walczyć o to, żebyśmy wydawali jak najwięcej jeszcze tańszych leków. I pan prezes tego nie powiedział w szczegółach, ale spadki marży kwotowe są w zakresie od 25 do 65%, a my, panie ministrze, nie płacimy procentami, tylko pieniędzmi. Jeśli więc marża wynosiła 4 zł, a teraz wynosi 1,60 zł, wynosiła 6 zł, a teraz wynosi 2 zł, to znaczy, że naprawdę przyczyniacie się do upadku... I te apteki, które ja wymieniałam, to są apteki prywatne. To wszystko jest w rejestrach centralnego systemu informatycznego CSIOZ i można sprawdzić, jakie apteki zostały pozamykane, a jakie się otworzyły. Bardzo proszę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę, jeszcze pani.

Wiceprezes zarządu Fundacji Onkologicznej Ludzi Młodych ALIVIA Agata Polińska:

Dzień dobry. Agata Polińska, Fundacja ALIVIA. Szanowny panie ministrze, Szanowna Komisjo, chciałabym wrócić do wypowiedzi pana ministra, w której przedstawił argument sprawiedliwości społecznej i ograniczonych środków budżetowych na leki. Zgodziłabym się z tymi argumentami, gdyby faktycznie było tak, że ten limit co roku jest wykorzystywany maksymalnie. Nie jest. Przytoczę wypowiedź pana ministra z 2014 r., w której był uprzejmy poinformować prasę, że w części lekowej nie było takich potrzeb, by wydać wszystkie środki, które były zaplanowane. W tym roku, ten najbliższy plan NFZ również nie wykorzystuje tych 17% na refundację leków, a jednocześnie mamy bardzo duże potrzeby pacjentów.

Argumenty pana ministra, że budżet jest ograniczony i trzeba nim dysponować zgodnie ze sprawiedliwością społeczną wydają się więc mało adekwatne w sytuacji, w której

limit budżetowy nie jest wykorzystywany. I chciałabym prosić pana ministra o to, żeby tych argumentów nie używał, dopóki ten limit nie zostanie dociągnięty do 17%. Wtedy będę w stanie tych argumentów słuchać ze spokojem. Dziękuję pięknie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pan minister chce się odnieść do któregoś z głosów? A przy okazji, proszę jeszcze pamiętać, panie ministrze, że wydatki w ochronie zdrowia, nawet większe, skutkują mniejszymi wydatkami gdzieś indziej. Ja wiem, że to jest inny resort, ale o tym też proszę pamiętać w czasie debat międzyresortowych. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję za tę uwagę. Bierzemy pod uwagę. Koszty pośrednie też bierzemy pod uwagę, przy całej ułomności metodologii oceny kosztów pośrednich. To jest faktyczny problem.

Powiem krótko. W ustawie jest „do 17%” a nie „17%”, bo rzeczywiście ten budżet był zamrożony. Powiedziałem, że nie było potrzeb, bo nie było zgłoszonych potrzeb vide pacjentów z receptami, bo wszystkie recepty, z którymi pacjenci poszli do apteki, zostały zrealizowane i Fundusz za nie zapłacił. Natomiast, jak powiedziałem, widzimy ewidentny wzrost refundacji. Programy lekowe ruszyły, i bardzo dobrze. Dlatego już zwiększono plan budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Spodziewamy się, że w przyszłym roku już osiągniemy ten wskazany poziom. I pamiętajmy o tym, że dopiero wychodzimy ze spowolnienia gospodarczego, więc dopiero jest ten moment, kiedy rzeczywiście i składka będzie większa...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To już będzie po wyborach, panie ministrze, chciałbym zauważyć...

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Panie przewodniczący, dla chorych wybory nie mają znaczenia.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale kto inny będzie podejmować te decyzje, więc niech pan będzie ostrożny ze sprzedawaniem cudzego... Rozumiem, że to wszystko z pana strony, panie ministrze. Czy tak? W takim razie, dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.